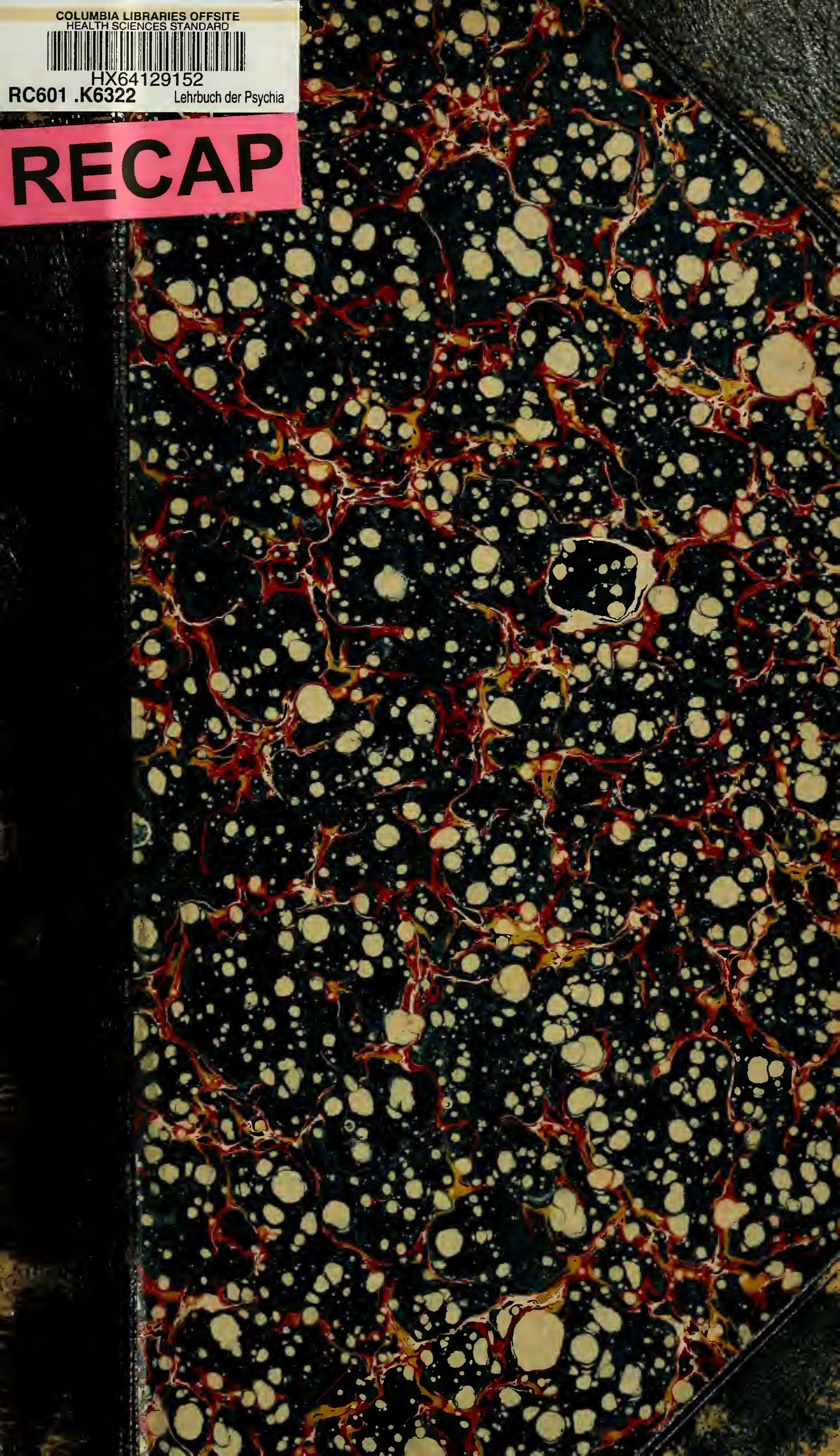
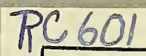
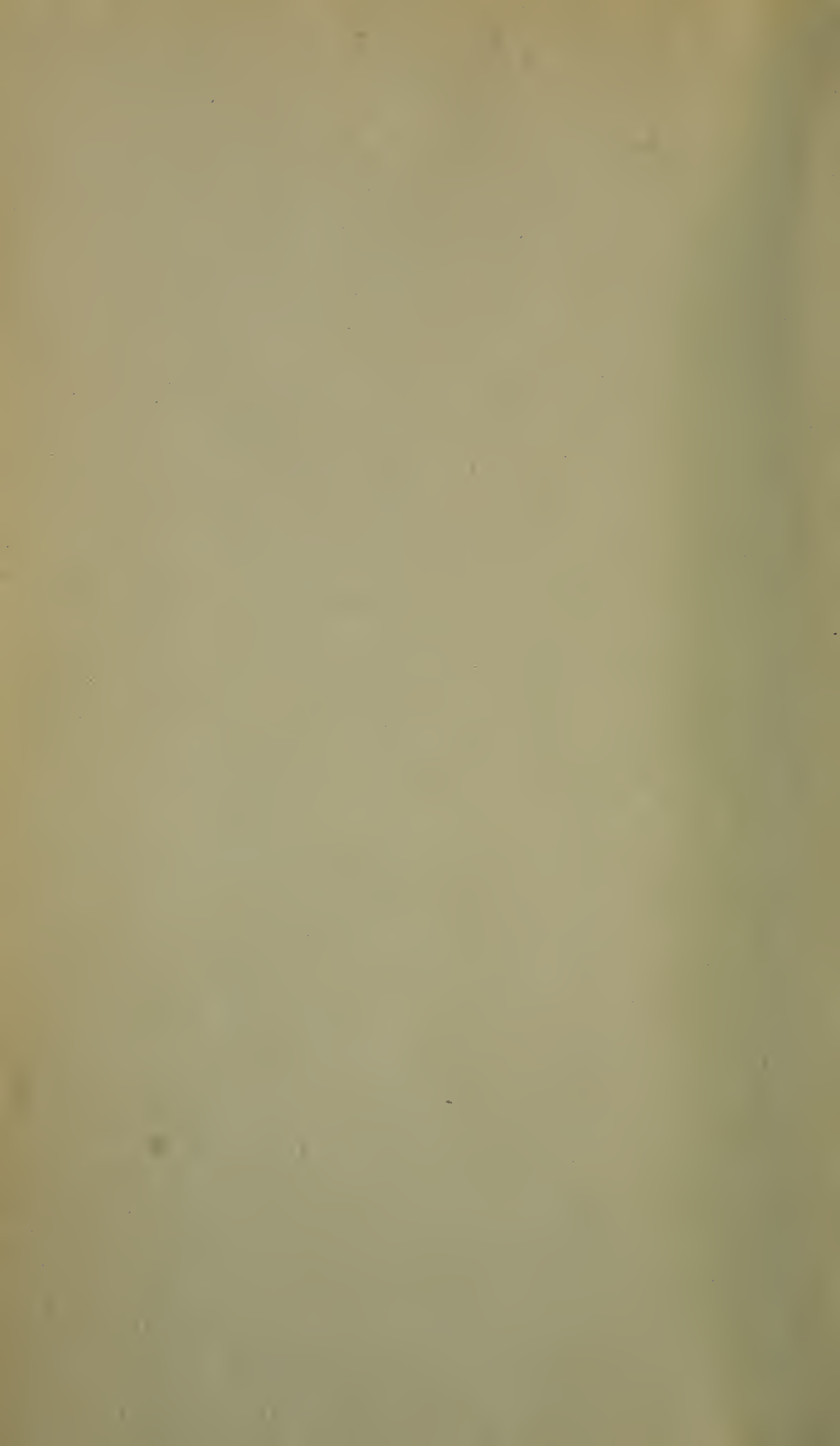





SIGILLVM · COLLEGII · COLVMBIAE · NOVI · EBORACI
IN LVMINE TVO VIDEBIMVS LVMEN
I·PET·II·1·2·







LEHRBUCH

DER

PSYCHIATRIE.



LEHRBUCH

DER

PSYCHIATRIE

FÜR

STUDIRENDE UND AERZTE

BEARBEITET VON

DR. THEODOR KIRCHHOFF,

ARZT AN DER IRRENANSTALT BEI SCHLESWIG UND PRIVATDOCENT AN DER UNIVERSITÄT KIEL.

MIT 11 HOLZSCHNITTEN IM TEXT UND 16 TAFELN.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1892.

K. und k. Hofbuchdruckerei Karl Prochaska in Teschen.

Vorwort.

Vom Verleger aufgefordert ein Lehrbuch der Psychiatrie für seine Sammlung von Lehrbüchern der Medicin zu bearbeiten, war ich anfänglich zweifelhaft, ob ich darauf eingehen dürfte, weil Lehrbücher der Psychiatrie schon in nicht geringer Zahl vorhanden sind. Indessen ermuthigte mich die Ueberlegung, dass eine junge Wissenschaft, wie die Psychiatrie, Ansichten und Standpunkte der Forscher noch oft wechseln lässt; darum wird ein Lehrbuch hier zwar ein noch viel kürzeres Leben haben, als in anderen älteren und schon fest gegründeten Wissenschaftszweigen, aber die älteren Auffassungen müssen auch immer wieder neuen in der Wissenschaft Platz machen. Indem ich mich nun an die Aufgabe wagte, schien es mir daher doppelt wünschenswerth, um einem neuen Lehrbuch nicht gar zu kurzdauernden Werth zu geben, dasjenige, was in der Psychiatrie schon feststeht, möglichst in derselben Form zu bieten, wie es früher schon in vielfach mustergültiger Weise geschehen war. Daraus wäre dann wohl am Einfachsten ein Compendium entstanden, welches die zur Zeit geläufigsten Lehren und Anschauungen zusammengetragen hätte; wollte ich aber ein Lehrbuch geben, so durfte ich die eigenen Anschauungen und Erfahrungen nicht ganz in den Hintergrund treten lassen. Dabei empfand ich es nun als eine Nothwendigkeit und dem Bedürfniss Lernender entsprechend, den psychiatrischen Stoff nach Form und Inhalt möglichst einfach darzustellen. Denn es lässt sich gewiss nicht leugnen, dass manche der gebräuchlichen Lehrbücher durch Ueberfülle von Gelehrsamkeit und besonders durch eine Zersplitterung des zu sehr ins Einzelne eingetheilten Stoffes es dem Schüler schwer machen, Psychiatrie zu lernen. Zur Vereinfachung sind im Text auch keine Namen- und Literaturangaben gegeben. Wo ich classische Schilderungen fand, habe ich sie aber unbedenklich eingereiht; dem Schüler ist es im Allgemeinen gleichgültig, von wem sie stammen, während die Fernhaltung von Gänsefüsschen, Fussnoten und Autorennamen ihm ein Buch bequemer macht. Wer weitere

Einzelforschungen machen will, wird aus dem Literaturverzeichniss der von mir hauptsächlich benutzten Schriften ersehen, wo er sich Rath holen kann; der Erfahrenere sucht solche Dinge auch nicht in einem Lehrbuche, sondern bedarf zu selbstständiger Forschung überhaupt anderer Hülfsmittel, die ihm in Fachschriften und Monographien geboten werden.

Um nun aber doch nicht den Anschein zu erwecken, als ob ich mich möglichst unbemerkt mit fremden Federn schmücken möchte, will ich hier ausdrücklich und gern anerkennen, dass ich das Beste nach Form und Inhalt Anderen verdanke, wobei ich mich verpflichtet fühle aus dem Literaturverzeichniss hier noch besonders folgende Namen hervorzuheben: Wundt, Emminghaus und den theilweise aus diesem schöpfenden Kraepelin für den allgemeinen Theil, Griesinger, Kraepelin, von Krafft-Ebing, Salgó (Weiss) und Koch im besonderen Theil. Aber auch die sonst angeführte Literatur ist mehrfach wörtlich benutzt, besonders noch Scholz und die Artikel von Mendel in Eulenburg's Encyclopädie, ebenfalls Rieger, Seeligmüller, Jolly und Jessen; ferner einige ausländische Schriftsteller, worunter ich wieder besonders nennen möchte Falret, Cullerre und Ballet, sowie Conolly und Savage. Man wird nun finden, dass überall nicht eine lockere Aneinanderreihung verschiedener Ansichten, sondern eine einheitliche Darstellung und gegenseitige Durchdringung der verschiedenen Gesichtspunkte zu geben versucht ist.

Um das Buch nicht zu umfangreich zu machen, wurde von Krankengeschichten abgesehen, trotz der Möglichkeit ein grosses eigenes Beobachtungsmaterial zu verwerthen. Einen gewissen Ersatz dafür sollen die physiognomisch-mimischen Tafeln bieten, die freilich nicht ganz das wiedergeben, was die Photographieen zeigten. Es ist überhaupt schwierig, namentlich unruhige und widerstrebende Geisteskranke nur für einen Moment in guter Beleuchtung zu halten, so dass für die Vervielfältigung geeignete Bilder gewonnen werden können. Ebenso wie Gesunde, haben viele Kranke die Neigung eine ungewöhnliche Miene aufzusetzen, wenn sie merken, dass ihr Gesicht photographirt werden soll; auch die einen Krankheitszustand sonst kennzeichnende Stellung wird dadurch verwischt, so dass die Bilder viel Individuelles neben dem allgemein zutreffenden Krankheitsausdruck zeigen.

Sehr gern hätte ich neben einzelne Bilder auf der Höhe der Krankheit auch solche nach eingetretener Genesung gestellt, indessen war es schon nicht ohne Schwierigkeiten von den Angehörigen oder

vom Vormund die Erlaubniss zu erhalten, Bilder Kranker zu benutzen; juristisch wäre man auch wohl verpflichtet einen Genesenen um die gleiche Erlaubniss zu bitten, eine Zumuthung, die ich aber meinen Kranken nicht stellen mochte.

Etwas Anderes ist die Benutzung solcher Bilder zu klinischen Zwecken, wobei das Bild, wie ja sonst auch der vorgestellte Kranke, immer nur einen flüchtigen, vergänglichen Eindruck hinterlässt. Mit Benutzung eines Reflectors beabsichtige ich in Zukunft bei klinischen Vorträgen vergrösserte Bilder aller Art zu zeigen, die mir eine werthvolle Ergänzung zu werden versprechen, weil der Mangel einer klinischen Station für Geisteskranke in Kiel bis jetzt nur ein nicht ausreichendes und ungenügendes Krankenmaterial zur Vorstellung gelangen liess. Ueberhaupt aber glaube ich, dass das Studium der Physiognomik bei Geisteskranken wieder mehr berücksichtigt zu werden verdient, als es in den letzten Jahrzehnten im Allgemeinen der Fall war. Die Beachtung der von bestimmten Muskelgruppen abhängigen Ausdrucksformen muss z. B. mit der Zeit dazu beitragen, den Sitz wichtiger Zeichen bestimmter geistiger Störungen auf der Hirnoberfläche genauer festzustellen, soweit eine solche Ortsbestimmung geistiger Thätigkeiten überhaupt möglich ist. Dass Physiognomie im weiteren Sinne aber für die Erkenntniss der Krankheit sehr nützlich sein kann, wird wohl Niemand bezweifeln, und sollen die Gesichtsbildertafeln mit Erläuterungen besonders dazu dienen. In der deutschen psychiatrischen Literatur findet man erwähnenswerthe Darstellungen von Kranken besonders bei Kieser in seinen Elementen der Psychiatrik, Breslau und Bonn 1855, ferner einzelne in Leidesdorfs Lehrbuch der psychischen Krankheiten, Erlangen 1865, bei Emminghaus, die psychischen Störungen des Kindesalters, Tübingen 1887; auch in Frankreich fing man schon früh damit an, z. B. Esquirol in Maladies Mentales, Paris 1838. Die Abbildungen waren aber nicht naturgetreu, und berechtigen erst die Fortschritte der Technik, diesen Weg des Unterrichtes heutzutage in grösserem Massstabe wieder aufzunehmen. Durch das opferwillige und verständnissvolle Entgegenkommen des Verlegers wurde es möglich, gute Lichtdruckbilder in grösserer Zahl trotz der nicht geringen Herstellungskosten zu erreichen; anfängliche Versuche das weit billigere Verfahren der Zinkographie zu benutzen, wurden wieder aufgegeben, weil die Bilder dabei zu scharfe Schatten zeigten, die den Vorlagen in den Photographieen nicht völlig entsprachen.

Die übrigen Holzschnitte, die lithographische und die sonstigen Tafeln werden hoffentlich auch dem Lehrzwecke zu Gute kommen.

Vielleicht wird der allgemeine Theil verhältnissmässig zu lang erscheinen; wollte man aber die Darstellung im besondern, für den Gebrauch in der Praxis wichtigeren Theil vereinfachen, so musste Manches in den allgemeinen Theil verwiesen werden, was sonst die Auseinandersetzung der besonderen Formen verwickelt.

Der psychologische Standpunkt des Verfassers legt besonders die Wundtschen Lehren über die Apperception zu Grunde; neuerdings sind diese scharf angegriffen von Ziehen in seinem Leitfaden der physiologischen Psychologie, Jena 1891. So fesselnd er seine eigene Auffassung entwickelt und durchführt, kann ich doch nicht einräumen, dass es ihm gelungen ist, die Wundtsche Lehre zu erschüttern; auch ist sein Beweis gegen die anatomische Grundlage der Apperceptionslehre nicht begründet, denn die Weltschen Fälle, die er dagegen anführt, betreffen niemals das ganze Stirnhirn. Die Apperception ist doch eine Function des Gehirns, die vielleicht örtlich im Stirnhirn ihre wichtigsten Entstehungsbedingungen findet, aber immer von der Thätigkeit des ganzen Gehirns abhängig bleibt.

So wage ich es denn mein Buch den Lernenden und Rath Suchenden zu überlassen. Meine Hoffnung ist dazu beizutragen, dass die Erkenntniss geistiger Störungen und ihre rechtzeitige Behandlung zum Nutzen der so schwer getroffenen Unglücklichen gefördert werden.

Schleswig, im December 1891.

Dr. Kirchhoff.

Verzeichniss der hauptsächlich benutzten Literatur.

Arndt, 1) Lehrbuch der Psychiatrie. Wien und Leipzig. 1883.

— — 2) Die Neurasthenie. Wien und Leipzig. 1885.

Ballet, Gilbert (übersetzt von Bongers). Die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie. Franz Deuticke, Leipzig und Wien. 1890.

Clouston, Clinical Lectures of Mental Diseases. 2d edition. London 1887.

Conolly, Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang (Deutsch v. Brosius.) Lahr 1860.

Cramer, A., Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken. Freiburg 1889.

Cullerre, Traité pratique des Maladies mentales. Paris 1890.

Darwin, (übersetzt von Carus), Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen. Stuttgart 1872.

Edinger, Zehn Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane. Leipzig 1885.

Emminghaus, 1) Allgemeine Psychopathologie. Leipzig 1878.

— — 2) Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887.

Erlenmeyer, Die Schrift, Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie. Stuttgart 1879.

Falret, Études cliniques sur les Maladies mentales et nerveuses. Paris 1890.

Fechner, Elemente der Psychophysik. 2. Auflage. Leipzig 1889.

Freud, Zur Auffassung der Aphasieen. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1891.

Glaevecke, Körperl. und geist. Veränd. im weibl. Körper nach künstl. Verlust der Ovarien und des Uterus. Kiel 1889.

Griesinger, 1) Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig 1876.

— — 2) Gesammelte Abhandlungen. Berlin 1872.

Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medicin. 3. Bearbeitung. Jena 1875—1882.

Henke, Vorträge über Plastik, Mimik und Drama. Rostock 1892.

Hoppe, Erklärung der Sinnestäuschungen. Würzburg 1888.

Jessen, Willers. Die Brandstiftungen in Affecten und Geistesstörungen. Kiel 1860.

Jolly, Hypochondrie in Ziemssens Handbuch der spec. Path. und Ther. Supplementband, Leipzig 1878.

Kirchhoff, 1) Die Localisation psychischer Störungen. Kiel 1888.

— — 2) Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin 1890.

Koch, 1) Leitfaden der Psychiatrie. Ravensburg 1888.

— — 2) Diagnostik der Psychosen. Ravensburg 1890.

— — 3) Die psychopathischen Minderwerthigkeiten I. Ravensburg 1891.

Kraepelin, Psychiatrie. Leipzig 1887.

von Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart 1888.

Kussmaul, Die Störungen der Sprache. Anhang von Ziemssens Handbuch der spec. Path. und Ther. Bd. XII. Leipzig 1877.

Lehmann, A., Die Hypnose. Leipzig 1890.
Leppmann, Die ärztliche Fürsorge für Geisteskranke ausserhalb der Anstalt. Breslau 1891.
Lombroso, Der Verbrecher (übersetzt von Fraenkel). Hamburg 1887.
Lubimoff, Embryol. Unters. in Virchows Archiv. Bd. 60. Berlin 1874.
Luys, Traité clinique et pratique des Maladies mentales. Paris 1881.
Maudsley, Die Physiologie und Pathologie der Seele. (Bearbeitet von Boehm). Würzburg 1870.
Mendel, 1) Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.
— — 2) Zahlreiche Artikel in Eulenburg's Real-Encyklopädie. Wien u. Leipzig 1881.
Merkel, Handbuch der topographischen Anatomie. Bd. I. Braunschweig 1885.
Meynert, 1) Der Bau der Grosshirnrinde. Neuwied und Leipzig 1869.
— — 2) Psychiatrie, Wien 1884.
— — 3) Mechanik der Physiognomik. 1888.
— — 4) Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890.
von Mihalkowics, Entwicklungsgeschichte des Gehirns. Leipzig 1877.
Mosso, Die Furcht (übersetzt von Finger) Leipzig 1889.
Neumann, Leitfaden der Psychiatrie. Breslau 1883.
Obersteiner, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1892, (nur zum Theil benutzt.)
Pansch, Modell des menschlichen Grosshirns. Kiel und Hamburg 1878.
Rieger, Ueber die Beziehungen der Schädellehre zur Physiologie, Psychiatrie und Ethnologie. Würzburg 1882.
Sander, Artikel in Eulenburgs Real-Encyklopädie. Wien und Leipzig 1881.
Salgó (Weiss), Compendium der Psychiatrie. Wien 1889.
Savage, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten (bearbeitet von Knecht.) Leipzig 1887.
Scholz, Handbuch der Irrenheilkunde. Leipzig 1890.
Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten in Ziemssens Handbuch der spec. Path. und Ther. Bd. XVI. Leipzig 1878.
Seeligmüller, Lehrbuch der Krankheiten des Rückenmarks und Gehirns sowie der allgemeinen Neurosen. Braunschweig 1887.
Sollier, Paul. Der Idiot und der Imbecille, übersetzt von Paul Brie. 1891.
Soltmann, Schrift und Spiegelschrift bei gesunden und kranken Kindern, in der Festschrift zu Henochs 70. Geburtstag. Berlin 1890.
Tarnowsky, Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinns. Berlin 1886.
Wernicke, im Klinischen Jahrbuch Bd. I. Berlin 1889.
Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie. Leipzig 1887.

Ausserdem wurden mehrere Artikel aus der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin, aus dem Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, den Jahrbb. für Psychiatrie, aus Jahresberichten und Monographieen, sowie einzelne ausländische Zeitschriften mehrfach benutzt.

Figuren-Verzeichniss.

Inhaltsverzeichniss.

Allgemeiner Theil.

Besonderer Theil.

Allgemeiner Theil.



I.

Die anatomischen Grundlagen und der Sitz der geistigen Störungen.

Einleitung.

Psychiatrie ist die Lehre von den geistigen Störungen und ihrer Behandlung. Sie ist eine Erfahrungswissenschaft, deren Inhalt zusammengesetzt ist aus äusserer und innerer Erfahrung, das heisst aus objectiven Beobachtungen an Kranken und den subjectiven, die diese an sich selbst machen. Die innere Erfahrung, die Wahrnehmung des Einzelnen von krankhaften Zuständen des eigenen Innern, entgeht dem untersuchenden Beobachter in der Psychiatrie viel leichter als in den andern ärztlichen Wissenschaften; auch ist in diesen die Kenntniss der geistigen Vorgänge immer nur von nebensächlicher Bedeutung, während sie in der Psychiatrie Hauptgegenstand der Untersuchung wird. Die geistigen Vorgänge bei andern Menschen sind nun der Beobachtung überhaupt nur theilweise zugänglich, soweit sie durch Sprache, Geberden und Handlungen vermittelt werden. Es gibt aber in der innern Erfahrung auch ein Grenzgebiet, auf dem die inneren Vorgänge in Erscheinung treten können, während umgekehrt äussere Einwirkungen auf ihm die innere Erfahrung beeinflussen. Die innere körperliche Thätigkeit, die sich z. B. zwischen einen Reiz und eine Empfindung einschiebt, welche psychophysische genannt wird, läuft an einem Zwischengliede ab, dem Organe der psychophysischen Thätigkeit, dem Gehirn; hier ist das Grenzgebiet, wo die Glieder der Kette von Reiz und Empfindung sich berühren. Die Psychiatrie bedarf zur Erforschung dieses Grenzgebietes der Unterstützung der Psychologie, um die Lebensvorgänge besser zu verstehen, die beim Kranken wie beim Gesunden auf ihm verlaufen.

Soweit die geistigen Vorgänge ausserhalb des Grenzgebiets gebunden sind an die Grundlage des körperlichen Geschehens, an das

Gehirn insbesondere, eröffnet sich der Beobachtung ein sicheres greifbares Forschungsgebiet, und ist man bis zu einem gewissen Grade berechtigt, die Erscheinungen einer geistigen Störung in Veränderungen der körperlichen Grundlage zu suchen. Hier müssen wir zum Verständniss der Erscheinungen immer zuerst den Sitz und die Art der anatomischen Veränderungen aufsuchen und kennen lernen. Wenn wir auf diesem Wege auch noch weit vom Ziel entfernt sind, so ist doch mit Recht ein strenges Festhalten an anatomischer Forschung der Anfang der neueren Psychiatrie geworden. Aber Anatomie allein kann nicht die volle Erkenntniss bringen. Wir dürfen nicht gänzlich absehen von dem Versuche, die vermittelnden Vorgänge zu erforschen, die von der äusseren zur inneren Erfahrung hinüberführen. Nur auf diese Weise fällt Licht auf die letzten inneren Vorgänge. Daher muss durch eine innige Verknüpfung von Hirnpathologie und Psychopathologie die Beziehung zwischen körperlicher und geistiger Störung klargestellt werden, und kann nur daraus ein volles Verständniss der Erscheinungen des Irreseins erwachsen.

Unsere nächste Aufgabe soll es sein, den Sitz der geistigen Störungen kennen zu lernen. Zuerst müssen die Gründe angedeutet werden, die verlangt haben, den Sitz normaler geistiger Vorgänge im Gehirn anzunehmen.

Das Gehirn als Sitz normaler geistiger Vorgänge.

Anatomisch bildet das Gehirn den Sammelpunkt fast aller spinalen Fasersysteme; neben diesen sind die verschiedensten Verbindungssysteme im Grosshirn selbst vorhanden. Die vergleichende Anatomie lehrt nun, dass unter Berücksichtigung der Körpergrösse die Masse der Grosshirnlappen mit der Intelligenz der Thiere im Allgemeinen zunimmt; das gleiche Verhältniss zeigt sich in der zunehmenden Entfaltung der Hirnoberfläche durch Furchen und Windungen, und wird damit schon allgemein das Rindengrau als besonders wichtiger Theil des Grosshirns gekennzeichnet. In der Regel besitzen Menschen mit grossen geistigen Leistungen absolut sehr grosse Gehirne mit reicher Oberflächenentfaltung; aber nur die äussersten Grade haben volle Beweiskraft. Weder das Gesammtgewicht noch der Windungsreichthum allein können als Ausdruck für die Höhe der Intelligenz gelten; wahrscheinlich kommt der Dicke der Hirnrinde eine grosse Bedeutung zu.

Der naheliegende Versuch ist oft gemacht, einzelne Hirntheile in Beziehung zu setzen zu den Geistesthätigkeiten. Die Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte zeigt, dass die zeitliche Entwickelung der Oberflächenausdehnung und Masse einzelner Theile nicht immer zusammenfällt mit dem Auftreten höherer geistiger Thätigkeiten, dass sie ihnen vielmehr bis zu einem gewissen Grade vorausläuft und dass sich erst später ein zeitliches Nebeneinander herzustellen scheint. Die Verbindungsfasern in der Hirnrinde bilden sich innerhalb des ersten Lebensjahres und erreichen erst beim 7—8jährigen Kinde die beim Erwachsenen feststehende Anordnung; die Bildung dieser Fasern erfolgt am spätesten im Stirnlappen. Diese Thatsachen stimmen im Allgemeinen völlig überein mit der angedeuteten Art des zeitlichen Auftretens der Ausbildung und Entwicklung höherer Geistesthätigkeiten und mit der Verlegung ihres Sitzes in das Stirnhirn.

Einen weiteren Anhaltspunkt dafür, dass die geistigen Thätigkeiten im Gehirn vor sich gehen, bietet die Selbstbeobachtuug bei Denkvorgängen, die von freilich sehr schwachen Empfindungen im Gehirn begleitet werden.

Die Annahme, dass das Gehirn der Sitz der geistigen Thätigkeiten sei, wird durch obige Angaben schon sehr wahrscheinlich; die Erfahrungen über krankhafte Veränderungen bestätigen diesen Zusammenhang. Vor der Würdigung der pathologischen Verhältnisse müssen wir uns aber einige Angaben aus der Entwicklungsgeschichte und dem Bau des Gehirns ins Gedächtniss rufen, ohne deren Kenntniss kein klares Verständniss jenes Zusammenhanges möglich ist.

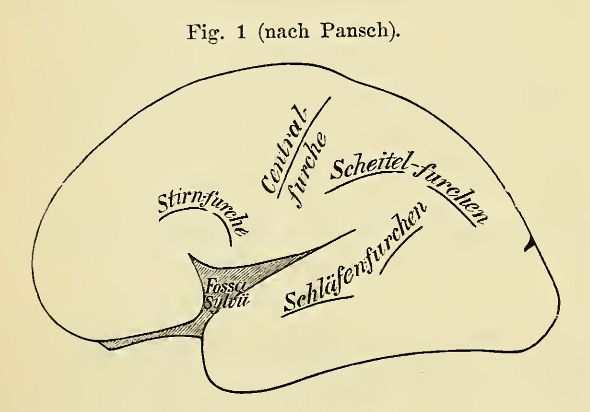
Folgerungen aus der Entwicklungsgeschichte und dem Bau des Gehirns.

Wichtig ist die Entstehungsweise einzelner Hirnfurchen. Die Sylvische Grube hängt innig zusammen mit der Entwicklung der Stammganglien, in deren Nähe die Hirnwand langsamer wächst und daher in einer Vertiefung bleibt; dieser zurückbleibende Theil ist die Insel. Eine ganz andere Entstehung erfahren drei Furchen, die mit dem Namen Totalfurchen bezeichnet werden; es sind dies die Ammonsfurche, die Fissura calcarina und der Sulcus occipito-parietalis. Sie treten zuerst im 3. und 4. Foetalmonat auf. Das hohle Medullarrohr des Embryo hat an seinem vordern Ende dann schon mehrere bläschenförmige Ausbuchtungen gebildet, von denen für uns die vorderste besonders wichtig ist, die Vorderhirn-

blase, aus der die beiden Grosshirnhalbkugeln entstehen. Die Masse der dünnen Wand der Vordernhirnblase wächst jetzt rascher als der umgebende Schädel, der aus dem häutigen in den knorpeligen Zustand getreten ist. In Folge dessen müssen nach der Seite des geringeren Widerstandes, also in den Hirnhöhlen Faltungen entstehen, die durch die ganze Dicke der Hirnwand reichen und daher totale heissen. Als bleibender Ausdruck dieses Vorganges findet sich noch im Gehirn des Erwachsenen, der Ammonsfurche oder Fissura Hippocampi entsprechend, im Unterhorn des Seitenventrikels das Ammonshorn, auch Ammonsfalte oder Pes Hippocampi major genannt. Im Hinterhorn sieht man unter der Fissura calcarina die Vogelklaue, Calcar avis oder Pes Hippocampi minor. Ein dem Sulcus parieto-occipitalis entsprechender Vorsprung, der im embryonalen Gehirn sehr deutlich war, ist beim Erwachsenen indessen schon wieder ausgeglichen.

Allen übrigen Hauptfurchen entsprechen niemals Hervorragungen in den Seitenventrikeln; sie entstehen nicht aus Faltungen, sondern aus örtlichen Erhebungen der angrenzenden Hirnrinde. Wahrscheinlich sind die gröberen Gefässanordnungen bei ihnen von Einfluss, denn man findet in ihnen die stärkeren Venen verlaufen, so dass man vermuthen darf, ihr Widerstand bedinge diese Rindenfurchen.

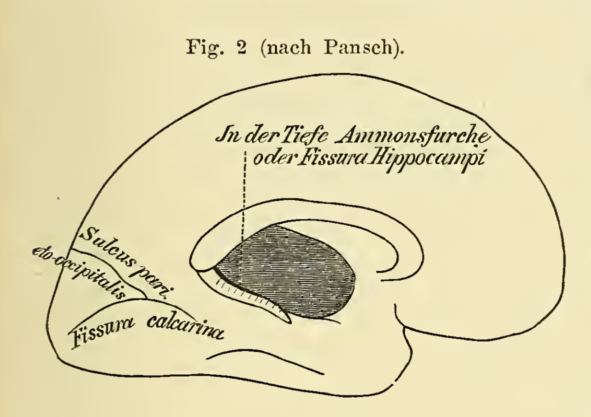
Fig. 1 (nach Pansch).



Aber auch die Totalfalten entwickeln sich wohl nicht allein aus Wachsthumsunterschieden der Hirnrinde, denn es wird der Sulcus parieto-occipitalis nur durch die Arteria profunda cerebri, die Ammonsfurche durch die Arteria corporis callosi versorgt, und auch der Verlauf der grossen Arteria Sylvii in der gleichnamigen Fossa weist auf einen Zusammenhang zwischen Gefässbildung und Oberflächenentwicklung hin. Berücksichtigen wir hier als für uns noch nebensächlich die andern typischen Rindenfurchen nicht, so wird die durch die Entwicklungsgeschichte auf die besprochenen Gegenden gelenkte Aufmerksamkeit noch erhöht durch pathologische Beobachtungen. Denn aus ihnen geht hervor, wie wir einstweilen

als sicher voraus schicken wollen, dass sich um die am frühesten auftretenden und am besten mit Blut versorgten Furchen die wichtigsten sogenannten Rindencentren lagern. In der Ammonswindung sucht man das Riech- und Geschmackscentrum und wahrscheinlich liegt in ihrer Nähe auch ein Centrum für cutane Gefühle. Um die Fissura calcarina und den Sulcus parieto-occipitalis lagert sich das Sehcentrum. Um die Fossa Sylvii gruppiren sich Hörcentrum und die Sprachfunctionen, und an beiden Seiten der so wichtigen und schon früh auftretenden Central- oder Rolandoschen Furche finden wir die wichtigsten motorischen Centren.

Fig. 2 (nach Pansch).



Aus dem Gesagten ergibt sich schon leicht die Bedeutung der Furchen; sie können auch zum Theil als Nährschlitze des Gehirns angesehen werden, insofern sich die Blutgefässe oft in die vorher gebildeten Furchen legen, doch hängt die Mächtigkeit und Ausdehnung der Gefässhaut wahrscheinlich von dem Ernährungsbedürfnisse des Gehirns ab, welches annähernd den 5. Theil der Blutmasse des Körpers in sich führt; wenn nun die Gefässe auch nicht die Furchenbildung bedingen, so wird doch die Gefässvertheilung durch verschiedene Anordnungen der Furchen einen grossen Einfluss ausüben müssen auf die Thätigkeit der betreffenden Gehirntheile und ist es wahrscheinlich, dass dadurch gleiche Rindengebiete bei verschiedenen Menschen in ihrer Leistungsfähigkeit verschieden ausfallen werden. Darum mögen auch durch diese Anlage des Gehirns schon wichtige Grundlagen für Unterschiede in den geistigen Störungen gegeben sein. Es ergibt sich aus diesen Betrachtungen die Nothwendigkeit einer genauen topographischen Erforschung der Hirnrinde nach ihren örtlichen Verschiedenheiten beim gesunden und kranken menschlichen Gehirn. Auch hierbei muss der entwicklungsgeschichtliche Aufbau der Hirnrinde berücksichtigt werden. Aus dem Vergleich eigener Forschungen mit den Ergebnissen anderer Beobachter gebe ich hier kurz folgende Anschauung der einschlagenden Verhältnisse; ihre Begründung wird an einer andern Stelle versucht werden.

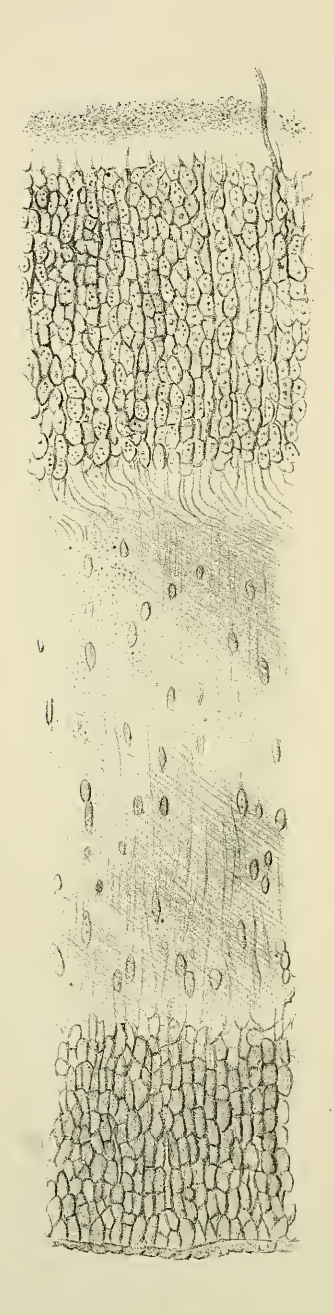
Im dritten Foetalmonat bildet die Schicht der grauen Substanz, gewissermassen der Mutterboden der Hemisphäre, fast $^1/_4$ ihrer Dicke, nimmt aber schon im vierten Monat ab bis auf ein $^1/_7$; (vgl. Fig. 3 und 4 nach Lubimoff, die Querschnitte durch die ganze Hemisphäre in der Scheitelgegend sind; die oberen Schichten entsprechen also der spätern grauen Rinde, dann folgt bis zur Epithelschicht an den Ventrikeln die Grundlage der weissen Substanz.) Schon vor dieser Zeit finden sich verschiedene Schichten ausgebildet; wichtig ist, dass eine tiefere Schicht zelliger Elemente auf Querschnitten oft schon eine Wellenform zeigt, ehe sie sich in der äussern Grenze findet, die noch geradlinig verläuft, ein Verhalten, das auch beim Erwachsenen oft beobachtet werden kann. In der Mitte der genannten Schicht der zelligen Elemente und ebenso in einer tieferen Lage treten spätestens im fünften Monat helle Streifen auf; es scheint aber vor der bleibenden Schichtung des Gehirns beim Neugeborenen in späteren Foetalmonaten ein Verschmelzen und Verschwinden einiger Zellenschichten vor sich zu gehen, so dass die feststehende Anordnung doch erst beim Neugeborenen studirt werden kann. Die runden Kerne der einzelnen Zellenschichten lassen zuweilen im fünften Monat ein Kernkörperchen deutlich hervortreten; einzelne Kerne haben Andeutungen von Fortsätzen, so dass sie eckig erscheinen.

Doch erst in reifen Früchten sind einzelne Ganglienzellen in der Rinde erkennbar, ja scharfe Umrisse von Pyramidenzellen finden wir sogar erst beim 1 bis 2monatlichen Kinde und auch hier noch untermischt mit halbfertigen und in der Entwicklung begriffenen Exemplaren.

Die einfachste Grundeintheilung der Schichten lässt eine Aussen-, Mittel- und Innenschicht unterscheiden. Anfänglich sind die zelligen Elemente perlschnurartig von Aussen nach Innen angeordnet, oder kann man von pallisaden- oder säulenartiger Stellung der Zellenreihen sprechen. Am deutlichsten ist dies in den ersten Foetalmonaten, später bei Verbreiterung der Rinde schieben sich die Zellen dichter an einander und wird die Längsstreifung von der Querschichtung etwas verwischt. Aber auch nach Ausbildung der Furchen lassen sich Körnerreihen bis nahe an die Rindengrenze verfolgen; haben sich Nervenfasern gebildet, so reichen diese nicht so weit, sondern lassen sich meistens nur bis in die Mittelschicht verfolgen, wo sie pinselförmig ausstrahlen und so nur im Grunde der Furchen der Oberfläche und den Schichten parallel bleiben, in den Kuppen aber die Schichten durchbrechend schliesslich zur Grenze eilen. Dieser Gegensatz im Verlaufe von Markfasern und Zellenschichten in Furchengrund

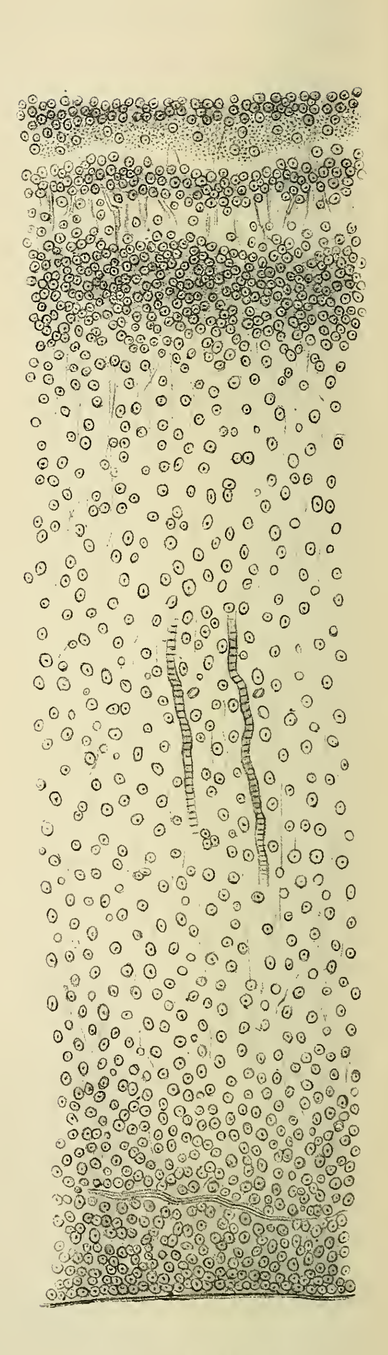


Fig. 3.
nach Lubimoff.
(etwas vergrössert.)



2½ monatl. Fötus.

Fig. 4.
nach Lubimoff.



4 monatl. Fötus.

Fig. 5.
nach Meynert.
(verkleinert.)

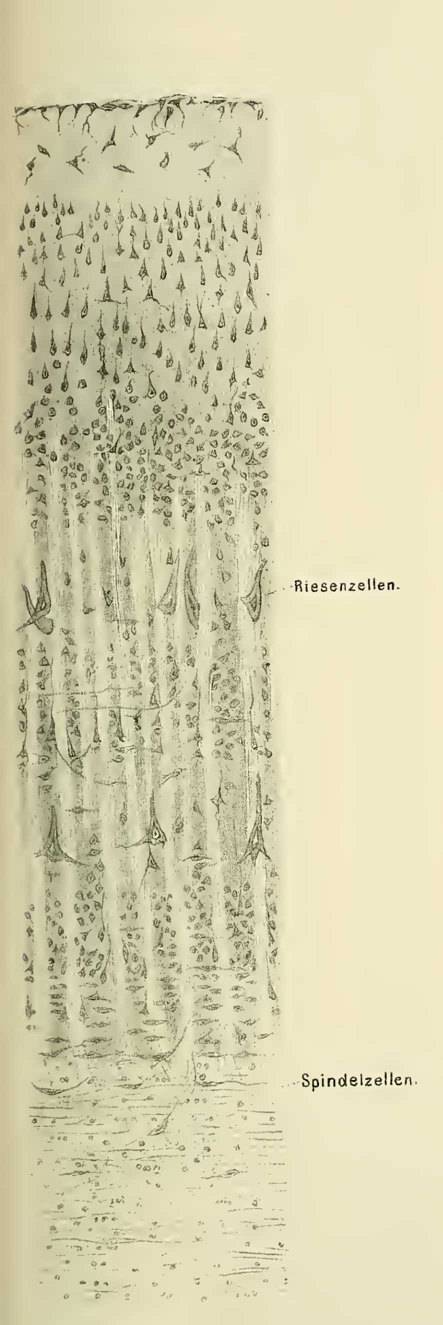
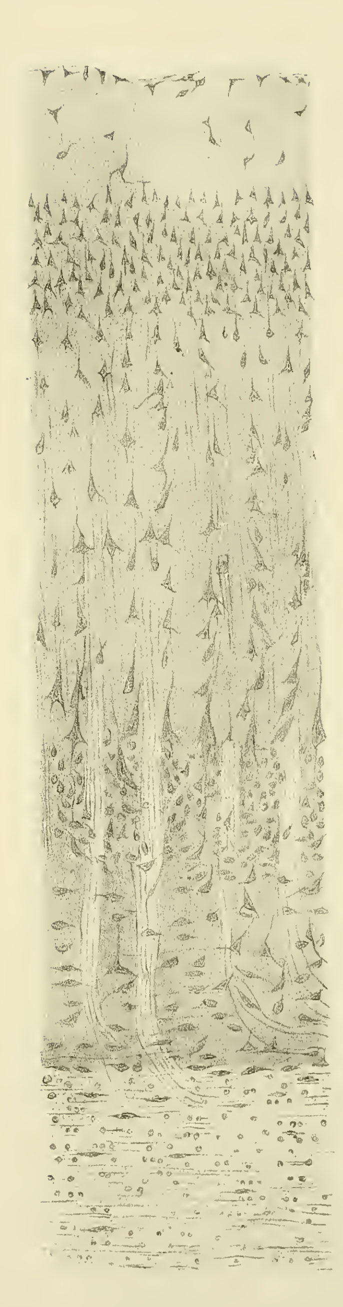


Fig. 6.
nach Meynert.
(verkleinert.)



Lith. Anst. v Th. Bannwarth, Wien.



und Windungskuppe ist bemerkenswerth für die Auffassung des physiologischen Zusammenhangs zwischen Associationsfasern und Ganglienzellen, denn es geht daraus hervor, dass in diesem Zusammenhange den Windungskuppen die grössere Wichtigkeit zuzuschreiben ist. Indessen schwächen andere anatomische Thatsachen die Bedeutung jenes Befundes doch etwas ab; manchmal geht die Abgrenzung verschieden gebauter Rindenbezirke ganz unbegrenzt durch Furchen in einander über, so dass diese für die Abgrenzung bedeutungslos erscheinen; ferner kann ein Wechsel des Rindenbaues ebensowohl am Grunde einer Furche als auf der Höhe einer Windung stattfinden, also ist ein Unterschied in den physiologischen Functionen von Furchengrund und Windungshöhe an diesen Stellen unwahrscheinlich. Trotzdem muss die Thatsache der eigenthümlichen vorzugsweisen Verbindung von Windungskuppen durch Associationsfasern im Auge behalten werden.

Daneben ist es wichtig zu wissen, dass die Stabkranzfasern vorzugsweise die Windungskuppen, die Associationsfasern die Windungsthäler bestrahlen, und dass die Wachsthumskraft dieser verschiedenen Systeme zusammen die Faltung der Hirnrinde zu Stande gebracht hat.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, eine anatomische Schilderung des Rindenbaues der Grosshirnrinde des Erwachsenen zu geben. Auch sind wir noch weit entfernt, einen Atlas der menschlichen Grosshirnoberfläche zu besitzen, auf dessen Karten es möglich wäre, den histologischen Bau nach seinen örtlichen Verschiedenheiten zu verzeichnen. Bestimmt wiederkehrende typische Anordnungen kennen wir nur im Allgemeinen, ihr besonderes Vorkommen an verschiedenen Orten ist aber nur stellenweise nachgewiesen, so dass einzelne Gegenden des Gehirnmantels durch die Anordnung der Schichten und Zellen unterschieden werden. Im Ganzen und Grossen sind diese Gegenden zugleich auch durch besondere Functionen bekannt. Nur die centromotorische Region enthält die sogenannten Riesenzellen, nur die Sprachregion enthält eine massenhafte Ansammlung von Spindelzellen, nur die Sehregion zeigt die eigenthümliche Schichtung des Vicq d'Azyr'schen Streifens, und ein als Geruchs- und Tastregion angesprochener Theil der Hirnrinde hat den eigenthümlichen Bau der Ammonswindung und ihrer Anhänge. Aber der grosse Rest des übrigen Hirnmantels zeigt uns bis jetzt nur wenig auffallende Unterschiede. Diese finden sich in den beigegebenen Tafeln berücksichtigt, die zugleich einen allgemeinen Ueberblick über die Rindenschichten geben sollen. Vgl. Fig. 5 und 6.

Ich unterlasse es auch, die für die Function des Gehirns so wichtigen Commissurensysteme zu schildern; ausser den schon erwähnten Associationsfasersystemen erinnere ich nur an den Balken als wichtigstes Bindeglied näherer und fernerer Punkte beider Halbkugeln des Gehirns. Diese beiden Systeme sind es namentlich, die darauf hinweisen, dass bestimmte Regionen des Gehirns physiologisch zusammengehören. Dieser anatomische Zusammenhang hat gezeigt, dass das Schläfen- und Hinterhauptshirn für die Auffassung der Sinnesthätigkeit vorzugsweise eingerichtet ist, während von ihm durch die motorische Region um die Centralfurche getrennt das Stirnhirn dabei nicht betheiligt ist. Wie wir aus den Andeutungen über die Markfaserbildung sahen, bewirkt das Stirnhirn die Auffassung anderer höherer geistiger Functionen, deren Bezeichnung als Apperception später erklärt wird.

Der Sitz geistiger Störungen im Gehirn
durch die pathologische Anatomie begründet und durch psychologische Betrachtungen erklärt.

Diese Auffassung der Localisation geistiger Vorgänge wird nun auf das Wesentlichste unterstützt durch pathologische Beobachtungen, denen wir uns jetzt zuzuwenden haben. Am frühesten waren es schwere Verletzungen des Gehirns, die auf seine Wichtigkeit für den ungestörten Ablauf geistiger Vorgänge hinwiesen. Die grösste Unterstützung erfuhr das Streben genauer Localisationsversuche aber erst durch das Thierexperiment, gewissermassen die künstliche Erzeugung der Krankheit. Freilich kam es auch dabei durch verschiedene Deutung der Erscheinungen zu sehr entgegengesetzten Ansichten. Lange hielt man an der Untheilbarkeit der geistigen Thätigkeiten im ganzen Gehirn fest, bis die Auffindung bestimmter abgegrenzter Centren für Bewegungen und Sinnesempfindungen der Lehre von dem begrenzten Sitz verschiedener Thätigkeiten das Uebergewicht verschaffte. An die Kenntniss der Herderkrankungen schloss sich die Untersuchung diffuser oder zerstreuter Veränderungen, zunächst in den bekannten Centren, dann aber auch in den ausserhalb dieser liegenden Stellen; die Fortschritte der mikroskopischen Technik trugen das Meiste zu diesem Fortschritte bei.

Unsere nächste Aufgabe ist es, zu erörtern, wie weit Herderkrankungen zur Kenntniss des Sitzes geistiger Störungen beigetragen haben; soweit die Herde Leitungssysteme unterbrachen, haben sie bis jetzt

nicht so viel gelehrt wie die Erkrankung der Centren. Doch ist hervorzuheben, dass die Unterbrechung gewisser vom Grosshirn zum Kleinhirn führender Fasersysteme eine deutliche Verlangsamung und Erschwerung geistiger Thätigkeiten bedingt. Weitere Beziehungen des Kleinhirns zu diesen sind aber nicht sicher festgestellt. Unter den grossen Ganglien des Hirnstammes scheinen die Sehhügel eine innigere Beziehung zu den höhern geistigen Functionen zu haben als die Streifenhügel, da nur die ersteren bei angeborenem Mangel der Grosshirnlappen verkümmern. Die Störung in der geistigen Entwicklung bei Menschen, denen der Balken fehlt oder bei denen er doch nur sehr klein erscheint, ist eine Ausfallserscheinung, die darauf hinweist, dass die höheren geistigen Vorgänge nicht allein an das Stirnhirn gebunden sind; ja in diesen Fällen von Balkenmangel sind sogar vorzugsweise die Hinterhauptslappen verkümmert; doch gestatten die mitgetheilten klinischen Beobachtungen keinen Schluss für Feststellung des Sitzes bestimmter geistiger Thätigkeiten aus diesem Verhalten. Ist wie bei einzelnen Idioten das Gehirn in seiner ganzen Ausdehnung mangelhaft entwickelt, so ist von einer Möglichkeit zu localisiren nicht mehr die Rede; auch die Ausdehnung der unregelmässigen Entwicklung auf die Rindenschichten kann nur dann weitere Schlüsse erlauben, wenn sie begrenzt ist; einzelne Male fand man z. B. bei Idioten im Stirnlappen nur sehr schmale Pyramidenzellen, die ganz unregelmässig lagen, so dass es fast unmöglich war, die Schichten zu unterscheiden. Hier darf man die mangelhafte geistige Entwickelung auf die mangelhafte Ausbildung der Stirnhirnrinde beziehen.

Anmerkung zu umstehenden Figuren 7, 8 und 9, die nach dem Ecker'schen Hirnschema entworfen sind mit Benutzung der Literatur der Localisationsfrage.

Die mit Punkten besetzte rothe Linie soll schematisch ein Gebiet nach Vorn gegen das Apperceptionsorgan im Stirnhirn abgrenzen, nach hinten gegen das Perceptionshirn im Hinterhaupts- und Schläfen-Lappen. In sich fasst die genannte Linie die centromorische Hirn-Region; diese drei Gebiete fallen ungefähr zusammen mit den Versorgungsgebieten der Artt. anterior, posterior und media. Wenn die überhaupt nur in einer Hemisphäre entwickelten Sprech- und Schreibcentren nicht in unserer centromotorischen Region enthalten sind, so zeigt dies wieder den nur schematischen Werth der gemachten Eintheilung; indessen bleibt doch die Thatsache, dass die beiden wichtigen Centren jener Gegend nahe benachbart sind. Der Lehrzweck fordert eine scharfe Sonderung der Centren, die in Wirklichkeit vielfach in einander fliessen. Besonders das Sprachgebiet der Rinde müssen wir als einen zusammenhängenden Rindėnbezirk ansehen; nur die Ecken des Sprachfeldes werden von seinen Centren gebildet, während die Rindenfelder der Seh- und Hör-Nerven sowie verschiedener Bewegungsnerven sich an den Rändern vielfach mit dem Sprachfelde verbinden. Die Unterbrechung der zuleitenden Verbindung benachbarter Sinnesgebiete an diesen Rändern ruft daher ebensowohl Sprachstörungen hervor, wie der Ausfall centraler gelegener Gebiete.

Fig. 7.

Art. cerebri anterior s. corporis callosi

Art. cerebri media s. Fossae Sylvii

Art. posterior s. profunda

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Fig. 8.

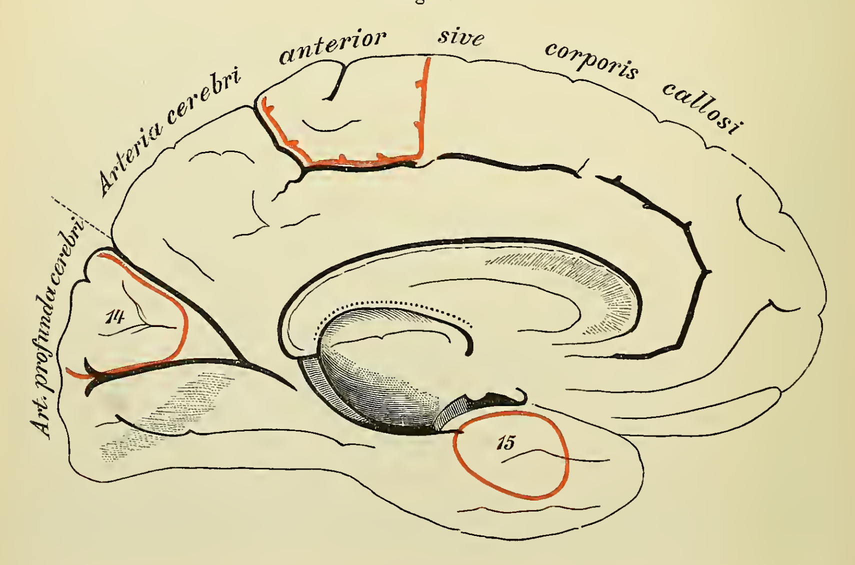
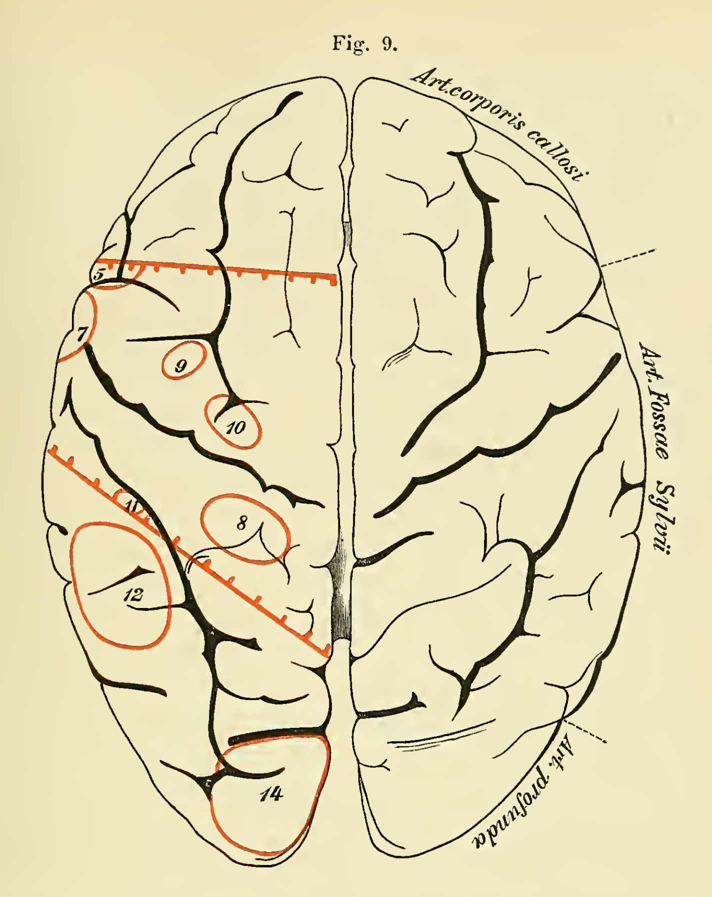


Fig. 9.



1. Centrum für motorische Aphasie. (Broca'sche Gegend.) Sprechbilder.
2. Centrum für sensorische Aphasie. (Wernicke'sche Gegend.) Sprachbilder. Hörcentrum. Worttaubheit.
3. Hypoglossus-Feld.
4. Facialis-Feld (untere Aeste.)
5. Motorisches Trigeminus-Feld. (Portio minor.)
6. Centrum für Agraphie. Schreibbilder.
7. Centrum für grobe Armbewegungen.
8. Centrum für grobe Beinbewegungen.
9. Centrum für grobe Arm und Beinbewegungen.
10. Centrum für verwickelte Bewegungen der Hand, des Armes und Beines.
11. Vermuthliches Centrum für den Heber des oberen Augenlides.
12. Centrum für Störungen in allen Sinnesgebieten.
13. Centrum für Alexie. Schriftbilder. Wortblindheit.
14. Sehcentrum; darin * für Macula lutea.
15. Zweifelhaftes Centrum für Geruch und Geschmack; in der Nähe vielleicht auch ein Tastcentrum mit Einschluss sexueller Gefühle.

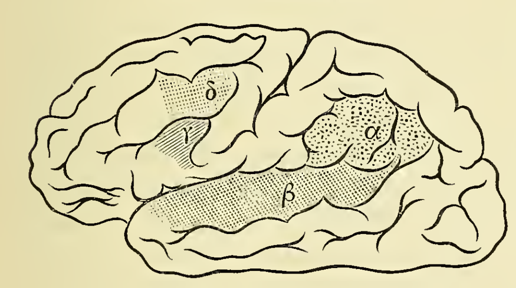
Die Betrachtung der eigentlichen Centren in der Hirnrinde wird durch weit wichtigere Ergebnisse belohnt. Durch die Mittheilung vereinzelter Fälle, in denen nach völliger Zerstörung einer Halbkugel des Grosshirns keine geistigen Störungen eintraten, wird die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit stellvertretender Thätigkeit der andern

Hirnhälfte hingelenkt, vorausgesetzt, dass beide Hälften gleiche Functionen ihrer Anlage nach ausüben können. Diese Frage der Gleichwerthigkeit der Hirnhälften steht bei der Untersuchung nach dem Sitz einzelner Functionen im Vordergrunde des Interesses. Die Verlegung der Sprachstörungen in die linke Hälfte, für deren Richtigkeit zahlreiche Fälle sprechen, schien den ungleichen Werth wenigstens in der Ausübung der Function festzustellen, während sie die Möglichkeit einer Entwicklung der Fähigkeit dazu in jeder Hälfte bestehen liess. Eine Zeitlang wurde diese Ansicht von der Ungleichwerthigkeit unterstützt durch die Beobachtung, dass sich das linke Stirnhirn beim Menschen rascher und reicher entwickle. Man wies darauf hin, dass die linke Stirnhälfte bei geistigen Anstrengungen durchschnittlich etwas höhere Temperaturgrade zeigt. Die Zeit liegt noch nicht weit zurück, wo man es als sicher ansah, dass der Sitz der Aphasie eng zu begrenzen sei auf die untere linke Stirnwindung; diese Ansicht hat aber durch zahlreiche Beobachtungen gedrängt allmälig anderen Anschauungen weichen müssen, und wurden ausserdem noch mehrere andere Rindenfelder festgestellt, deren Erkrankung nahe Beziehungen zur Aphasie hat. Diese liegen in der Nähe des Centrums für die optischen Wahrnehmungen im Hinterhauptslappen, und in der obern Schläfenwindung in der Gegend eines Centrums für die akustischen Wahrnehmungen. Vorübergehend wurde auch die Regel der Localisation in der linken Hirnhälfte anscheinend erschüttert durch die Beobachtungen von Sprachstörungen nach Verletzung der rechten Hirnhälfte; doch ist diese Schwierigkeit bei genauerer Nachforschung bekanntlich fast regelmässig durch den Nachweis zu beseitigen, dass man es dann mit Linkshändigen zu thun hat, die ihre rechte Hirnhälfte durch zahlreiche von Jugend auf geübte Bewegungen der linken Hand bevorzugten. Wahrscheinlich ist die nahe Beziehung des Schreibens zum Sprechen in diesem Zusammenhang ein besonders wichtiges Verbindungsglied; wir schreiben ja mit der rechten Hand, daher sind für die Verbindung der Rindenfelder, zu und von welchen die Schriftzeichen geleitet werden, in der gekreuzten linken Hemisphäre die nächsten anatomischen Grundlagen vorhanden. Für diese Auffassung ist folgender Fall sehr wichtig: ein geistig hochbegabter Patient hatte mehrfache Schlaganfälle, mit Körperlähmung theils rechts, theils links. Obgleich er in allen andern Verrichtungen ausser im Schreiben, Linkshänder war, bestand Aphasie nur mit den rechtsseitigen Lähmungen, also nach Verletzung der linken Hirnhälfte. Jedenfalls ist die Thatsache des Sitzes der Sprachfunction in der linken Hirnhälfte für die überwiegende Zahl der Menschen sicher

festgestellt und neuerdings auch noch durch interessante Versuche an Hypnotisirten bewiesen. Es gelang, die Verrichtungen der linken Hirnhälfte in dem sog. kataleptischen Zustand der Hypnose auszuschalten und dabei die Fähigkeit zum articulirten Sprechen zu unterdrücken, während das Letztere nicht gelang bei Versetzung der rechten Hirnhälfte in kataleptischen Schlummerzustand.

Die Sprachverrichtungen sind aber verwickelter Natur und ist es nöthig, verschiedene Arten zu unterscheiden, deren Verlust auch verschiedene Formen der Aphasie bedingt. Der Verlust der Fähigkeit, Worte zu hören, verursacht Worttaubheit; der Verlust des Lesens Wortblindheit; der Verlust der articulirten Sprache, des Sprechens, bedingt motorische Aphasie und der Verlust der Schreibfähigkeit Agraphie. Unter den genannten vier Gruppen enthalten die beiden letzten die Hauptausdrucksweisen der menschlichen Sprache: die Geberdensprache begleitet das Sprechen und ist der Verlust beider meistens ein gleichzeitiger, daher der Einfachheit halber das Geberdenspiel hier nicht besonders berücksichtigt zu werden braucht. Die jetzt ziemlich allgemein giltigen Ansichten über den Sitz dieser Sprachverrichtungen sind auf nebenstehender Abbildung verzeichnet, die ohne Weiteres verständlich ist. Gleichzeitig sieht man aus einem Vergleich mit der vorstehend gegebenen Hirnkarte Fig. 7, dass diese verschiedenen Sprachcentren mitten zwischen den Centren für Bewegungen und Sinnesempfindungen liegen. Wenn die anatomische Nebeneinanderlagerung Bedeutung hat, so ist diese Anordnung sicher geeignet, die nahe Beziehung der Sprache zu allen andern Verrichtungen der Hirnrinde herzustellen. Ihre gemeinsame Zusammengehörigkeit unter sich findet aber ihren anatomischen Ausdruck auch in der Versorgung aller dieser vier Centren durch Aeste der Arteria Fossae Sylvii, wobei freilich zu bemerken ist, dass diese Arterie auch noch manche andere Centren ernährt. Jedenfalls aber ist die gemeinsame Versorgung aller Centren der Sprachverrichtung aus einem Gefässstamm wichtig, da sie die Störung nicht selten auf eine gemeinsame Ursache zurückführen lässt.

Fig. 10 (nach Ballet).



α) Die Gegend der Schriftbilder,
β) der Sprachbilder,
γ) der Sprechbilder,
δ) der Schreibbilder.

Die Mannichfaltigkeit der klinischen Bilder, unter denen Aphasie im weiteren Sinne auftritt, ist theilweise auf die angedeutete Art zu erklären, es bleiben aber noch manche Erscheinungen, die durch anatomische Betrachtungen allein nicht aufzuklären sind; sie erfordern daher eine psychologische Untersuchung, die im Wesentlichen auf der innern Erfahrung des Einzelnen beruht. Die Sprache ist ein innerlicher und äusserlicher Vorgang, sie setzt sich aus Vorstellung und Wort zusammen. Diese sind unabhängig von einander, insofern als das Wort nicht nothwendig die Vorstellung begleiten muss, wie die Aphasie zeigt. Das Wort ist aber ein Sammelbegriff, entstanden durch die Verknüpfung mehrerer Arten von Bildern, Gehörsbilder, Gesichts-, Sprech- und Schreibebilder. Diese vier Hauptbestandtheile des Wortes sind Formeln, welche jede Ueberlegung benutzt, aber dabei treten sie nach den Neigungen und Fähigkeiten des einzelnen Menschen entweder in verschiedener Stärke oder nur theilweise bei seinen Ueberlegungen hervor. Die rein innerlichen Vorgänge des Sehens, Hörens, Sprechens und Schreibens sind ganz ähnlich denen der äusserlichen Sprache, müssen ihr aber als im Innern sich abspielende Erscheinungen als innerliche Sprache gegenübergestellt werden. Je nachdem die innerlichen Denkvorgänge nun ausschliesslich oder vorzugsweise an Sprach-, Schrift-, Sprech- oder Schreibevorstellungen gebunden sind, lassen sich die Menschen in Gruppen eintheilen; und zwar unterscheidet man dann die in Sprachvorstellungen, die in Schrift-, Sprech- und Schreibevorstellungen Denkenden. Die meisten Menschen denken in Sprachvorstellungen. Gehörsbilder der Worte begleiten unsere Vorstellungen meistens, wir hören unsere Gedanken. Bei nur wenigen Menschen kleidet sich der Gedanke in geschriebene Worte; sie lesen die Gesichtsbilder ihrer Vorstellungen. Es ist eine Fähigkeit und Eigenschaft, die bei Malern noch am häufigsten ausgeprägt ist, die überhaupt alle Gegenstände ihrem Gedächtniss als Erinnerungsbilder einzuprägen pflegen. Bei ihnen treten die Sprachvorstellungen unter der Form von Schriftbildern auf. Menschen, bei denen das Gedächtniss für die Bewegungen des Sprechens oder des Schreibens die Vorstellungen begleitet, sprechen oder schreiben ihre Gedanken innerlich; die entsprechenden Bewegungsgefühle schliessen sich eng an jeden Gedanken; die Fälle der Verknüpfung von Gedanken mit Schreibevorstellungen sind wohl seltener als das Vorkommen von Vorstellungen der Sprechbewegungen dabei. Meistens aber bedient man sich abwechselnd dieser oder jener Form der innerlichen Sprache, die besondere Form ist nur die vorzugsweise. Wir dürfen dies als ein Glück ansehen, denn sonst würde der Verlust der einen Art immer den

völligen Verlust der Sprache nach sich ziehen, so aber bleiben die andern Gebiete dann offen. Da wir die Sprachbilder zuerst erwerben, so sind nun die andern Formen oft nur von untergeordneterer Bedeutung. Aus der Thatsache aber, dass bei einigen Personen Schriftbilder, bei anderen Sprachbilder u. s. w. überwiegen, begreifen wir, dass dieselbe Störung, also Wortblindheit oder Worttaubheit u. s. w., je nach der davon betroffenen Person verschiedene Erscheinungen zeigen kann, wobei die Schwächung der geistigen Thätigkeiten eine tiefgreifende sein kann oder noch eine grosse Leistungsfähigkeit erhalten ist. Es ist aber verständlich, wie wichtig es von diesen Gesichtspunkten aus sein würde, die sogenannte physiologische Hirnformel eines Kranken zu kennen, d. h. die durch seine Persönlichkeit bedingten physiologischen Abweichungen in der Art des Ablaufs seiner Sprachvorstellungen; erst dann kann man hoffen, das volle Verständnis für die pathologischen Erscheinungen bei ihm zu finden. Dass dabei möglicherweise der Vertheilung der Furchen und Gefässe eine wichtige Rolle zufällt, sahen wir schon früher. Wenn dies bis jetzt noch selten gelingt, so verschafft die durchlaufene Betrachtungsweise doch schon eine Beleuchtung des Sitzes der Sprachvorstellungen und ihrer Störungen. Die frühe Entwicklung und bessere Ernährung der linken Hirnhälfte im Verein mit der vorzugsweisen Ausbildung ihrer die gekreuzte rechte Hand beherrschenden Bewegungscentren stimmen zu der Thatsache der Localisirung des Sprechcentrums in der linken Hälfte; die andern Formen der Sprachvorstellungen aber, die Worttaubheit- und -blindheit, nehmen auch häufiger ihren Sitz rechts, und so bleibt in diesem Sinne die ganze Hirnrinde auch für die geistig so hoch stehenden Sprachvorstellungen der Ort.

Wie könnte es auch anders sein, denn wir sehen ja die höchste geistige Leistung des Menschen, seine Sprache, die mannichfachsten Beziehungen innehalten zu dem gesammten geistigen Leben. Es ist gewiss bezeichnend, dass wir bei Thieren, denen der höchste Ausdruck geistiger Thätigkeit, die Sprache fehlt, überhaupt keine ausgesprochenen Geistesstörungen finden. Da nun fast jede geistige Störung zusammengesetzt ist aus den verwickeltsten Erscheinungen, so werden wir schon von vornherein nicht erwarten, sie an einzelne Orte des Gehirns gebunden zu sehen; in der That zeichnen sich auch alle Hirnbefunde bei Geisteskranken dadurch aus, dass sie vertheilt über die Rinde, diffus auftreten; die umschriebenen Herde anderer klinischer Erscheinungsreihen zeigen uns nur einzelne Orte, an denen Theilerscheinungen vorkommen. Es ist daher eine naheliegende Frage, ob die mikroskopische Untersuchung weitere Aufschlüsse gibt; der Er-

örterung dieses Punktes werden wir bald nähertreten. Es soll hier noch auf eine weitere Aussicht hingewiesen werden, die aus der psychologischen Betrachtung der Sprachvorstellung sich entwickelt. Es gibt Sinnestäuschungen, die zu den wichtigsten Zeichen des Irreseins gehören; sie sind als örtlich in der Hirnrinde bedingte Störungen des Vorstellungsablaufs anzusehen, bei denen dem Betroffenen die Unterscheidung zwischen innerlichen Vorgängen und ihren äusseren Bedingungen nicht mehr möglich ist; gerade wie die innerliche Sprache von der äusseren unterschieden werden kann, sind die innerlichen Sinnesvorstellungen von ihren äusseren Bedingungen verschieden. Man darf in diesem Sinne ein inneres Sehen u. s. w. dem äussern gegenüberstellen. Fehlt die Fähigkeit der Unterscheidung aber, so ist die Sinnestäuschung da, die beruht auf Vorgängen in Hirntheilen, welche Erinnerungsbilder der verschiedensten Art aufbewahren. So aufgefasst wird allgemeiner jede geistige Störung im Wesentlichen eine Störung des Gedächtnisses, dieser Grundeigenschaft der Materie, wie wir schon hier bemerken können.

Eine Beobachtung, die die Bedeutung diffuser anatomischer Grundlagen für die Sprachstörung erhöht, bezieht sich auf die Erscheinung, dass diffuse Erkrankungen mit weit erheblicheren Störungen der Geistesthätigkeit zu verlaufen scheinen als solche Fälle, in denen es sich um Herderscheinungen handelt. Eine weitere Eigenthümlichkeit ist die Zunahme der Intensität psychischer Störungen mit der Entfernung der anatomischen Grundlagen von der untern Stirnwindung, und ihrer Annäherung an den Hinterhauptslappen; sicher sind die ferneren Centren der Sinnesempfindungen in dem als Perceptionsorgan bezeichneten Hinterhauptsschläfenhirn wichtigere Durchgangspunkte für die höhern geistigen Thätigkeiten als die zunächst liegenden motorischen Centren. Bei Psychosen müssen wir aphasische Zustände, soweit sie in der Hirnrinde entstehen, nicht von eng umschriebenen, sondern vielfach in einander übergreifenden Erkrankungen abhängig denken. Daher sind wir auch bei diffusen Erkrankungen der Rinde überhaupt nicht im Stande, die aphasischen Störungen im einzelnen Falle strenge aus einander zu halten.

Verhältnissmässig einfache Beziehungen zu höheren psychischen Functionen haben zwei Rindenfelder, die wir schon mehrfach berühren mussten. Es sind dies die centromotorischen Rindenfelder und die Sehcentren; da die Anlage der Furchen und Windungen für das Centrum optischer Wahrnehmungen mannichfachen Schwankungen unterliegt, so ist seine Abgrenzung nicht so sicher als die der centromotorischen Rindenfelder; diese sind anatomisch weit sicherer.

Es müssen ataktische und paralytische Störungen unterschieden werden, je nachdem die anatomischen Veränderungen im Scheitellappen oder in den Centralwindungen und im Lobulus paracentralis liegen; wenn wir auch nicht annehmen können, dass die zur Ausführung der Bewegungen in den genannten Centren nöthigen höheren Bewusstseinsvorgänge in ihnen entstehen, so sind sie doch unerlässliche Durchgangspunkte solcher Vorgänge und daher durchaus nothwendig zu ihrer Ausführung. Mit jeder Functionsstörung in irgend einem Theil der Hirnoberfläche findet natürlich auch eine Beschränkung des Bewusstseinsinhalts statt, da die Bahnen der Denkvorgänge sich ja über die ganze Oberfläche erstrecken; in diesem Sinne führt jede örtliche, also auch jede Störung der Centren willkürlicher Bewegungen zu allgemeinen psychischen Störungserscheinungen.

Werfen wir jetzt unsern Blick auf die Störungen der optischen Wahrnehmung. Werden der Zwickel und die erste Occipitalwindung verletzt, so ist die einfache optische Wahrnehmung gestört; diese Störung ist bei einseitiger Verletzung eine Hemianopsie, bei beiderseitiger vollständige Blindheit. Nach Verletzung der übrigen Occipitalwindungen werden Netzhauteindrücke nicht mehr psychisch verwerthet. Diese aus Herderkrankungen gewonnenen Erfahrungen werden bestätigt durch die bei Geisteskranken, besonders Paralytikern, beobachteten subjectiven Lichterscheinungen und Gesichtstäuschungen, die dem Befunde diffuser Veränderungen in jenen Hirntheilen vorausgingen. Es handelt sich also um die Wirkung von Reizvorgängen in denjenigen Rindengebieten, deren andersartige Erkrankung sonst die Herdsymptome der Hemianopsie und Blindheit bedingte. Hieran schliesst sich eine eigenartige Ansicht über verschiedene Grade und Formen der Sehstörungen, die zu der Annahme eines Farben-, Raum- und Lichtsinnes geführt hat; es beschränken sich die pathologischen Veränderungen nämlich zuweilen auf einzelne der verschiedenen, über einander gelagerten Schichten der Hirnrinde. Die oberflächlichen Verletzungen der Rinde bedingen dann nur den Ausfall des Farben- und Raumsinns, während der Verlust des Lichtsinns erst bei tieferen Zerstörungen der Rinde entsteht. Indessen darf diese Ansicht hier nur angedeutet werden, weil sie noch nicht ganz zweifellos ist. Die Berechtigung aber, die bei der „Dementia paralytica“ genannten Geisteskrankheit auftretenden Sehstörungen, welche Theilerscheinungen dieser psychischen Störung bilden, an den genannten Orten zu localisiren, ist nicht zu bezweifeln; das Bild dieser besondern Form des Irreseins bietet auch noch andere localisirbare Erscheinungen, wie Herabsetzung der Intelligenz und des Willens, die sich unter gleichzeitiger diffuser

Erkrankung des Stirnhirns finden; sie gehören zu den Hauptgründen, weshalb man das Stirnhirn als Apperceptionsorgan für die Sinnesvorstellungen ansieht. Eine weitere Zerlegung und Zuweisung einzelner Symptome der Dementia paralytica an einzelne Herde ist ohne grössere Schwierigkeiten auch noch ausführbar in der centromotorischen Region. Eine solche Analyse aller Erscheinungen dieser Krankheit vermögen wir aber doch nicht vollständig durchzuführen; und eine Synthese der Symptome bringt es nicht annähernd so weit, das Krankheitsbild wiederherzustellen. Erst das Hineinziehen der ganzen Hirnoberfläche in diesen Zusammenhang macht die Erscheinungsreihen verständlicher, die aber im ganzen Organ des Bewusstseins ablaufen. Der anatomische Ausdruck dieses Zusammenhangs findet sich in dem Nervenfaserschwund und der Degeneration bestimmter Rindenabschnitte, die zu einer beträchtlichen Gewichtsabnahme der befallenen Gehirntheile und somit auch des Gesammtgewichts des Hirns führen können. Es sind im Ganzen und Grossen Associationsfasersysteme der Sitz der gedachten Veränderungen. Ein näheres Eingehen auf die Verbreitung und die Art dieser anatomischen Veränderungen verbietet die allgemeine Form der Betrachtung an diesem Ort.

Halten wir an dem Grundsatze fest, dass vorzugsweise diffuse Erkrankungen die Geistesstörungen bedingen, so ist es klar, dass der so oft fehlende Befund einer gröberen anatomischen Veränderung durch Hinweis auf mangelhafte Untersuchung und mangelhafte Untersuchungsmethoden eine Erklärung gefunden hat; obwohl aber, wie ich glaube, auch verfeinerte Forschungswege in Zukunft wahrscheinlich nur für eine beschränkte Zahl und Form geistiger Störungen anatomische Grundlagen und Veränderungen werden nachweisen können, so haben wir doch noch einige andere anatomische Begründungsversuche ins Auge zu fassen. Als wenig erfolgreich müssen wir die Versuche betrachten, bestimmte Psychosen aus Anomalien des Schädels und der Dura abzuleiten und zu localisiren; den ursächlichen Einfluss von Schädelverbiegungen u. s. w. werden wir später erörtern; jedenfalls kommen dabei auch oft Verwechslungen von Ursache und Wirkung vor. Es handelt sich fast immer nur um Begleiterscheinungen von pathologischen Vorgängen an der Hirnrinde, die selten örtlich localisirt werden können, sondern meistens allgemeinere Erscheinungen hervorrufen. Werden dabei Veränderungen von Pia und Dura mater in Zusammenhang gebracht, so ist doch zu bedenken, dass diese nicht einmal aus demselben Gefässgebiet versorgt werden, denn die Arteria meningea media, das Hauptgefäss der Dura, stammt aus der Carotis externa, während die Pia ihr Blut aus der Interna und

Vertebralis erhält. Nur pathologische Zustände der Pia pflegen regelmässigere Begleiter von Erkrankungen der Hirnrinde zu sein, und hier darf erfahrungsgemäss von einem nachweisbaren Zusammenhang gesprochen werden, insofern ein gleiches Ernährungsgebiet vorliegt. Auf die Frage, ob die nervösen oder bindegewebigen Elementartheile der Hirnrinde die wesentlichste Grundlage der in Betracht kommenden anatomischen Veränderungen seien, ist keine allgemein gültige Antwort zu geben, um so weniger als über die bindegewebige oder nervöse Natur bestimmter Theile der grauen Rinde, nämlich der reticulirten Substanz, in welche Gefässe und zellige Elementartheile eingewebt erscheinen, noch heutzutage keine Einigung erfolgen kann.

Einen bestimmteren Hinweis für die Ortsbestimmung geistiger Störungen enthält wieder folgender Befund. Man fand bei Tobsüchtigen zuweilen eine rothe Erweichung der Hirnrinde schichtweise auftreten, so dass am häufigsten die mittlere der drei mit blossem Auge sichtbaren Schichten der Hirnrinde erweicht war. Beim Versuch, die Pia Mater von der Hirnoberfläche abzulösen, pflegt dann die äussere Schicht mitzufolgen. Seltener betrifft die Erweichung die äussere Schicht selbst, wo dann beim Abziehen der Pia Mater die Oberfläche rauh, wie geschwürig zurückbleibt. Am seltensten bildet sich eine Erweichungsschicht an der Grenze der Hirnrinde und des Markes; ganz ähnlich diesem Verhalten bei Tobsucht ist bei Dementia paralytica zuweilen ein Abreissen der Hirnrinde in der Markleiste zu beobachten. Wenn im letzteren Falle die Entartung der betreffenden Markfasern die Ursache ist, so scheint die Erweichung nach Tobsucht mit der Verästelungsweise der Gefässstämmchen der Hirnrinde in drei übereinanderliegenden Reihen zusammenzuhängen. Mit einem gewissen Recht kann man dann den Ort der Erweichung als Ort der höchsten Reizung ansehen. Die Beschränkung anatomischer Veränderungen auf einzelne Schichten findet sich dann auch noch bei der sogenannten Gliose und Miliar-Sclerose der Hirnrinde; vorwiegend tumorartige Gliawucherungen in den oberflächlichen Rindenschichten mit Höhlenbildung und Schwund der nervösen Elemente führen der Dementia paralytica ähnliche Krankheitserscheinungen mit sich; in andern Fällen liegen kleine rothgraue Punkte an der Grenze der grauen und weissen Substanz, die Windungen reihenförmig einfassend. Indessen gestatten diese eigenthümlichen Veränderungen, ebenso wenig wie die unregelmässig vertheilt auftretenden miliaren Aneurysmen der Hirnrinde, durch eine bestimmte wiederkehrende Localisation Schlüsse auf bestimmte psychische Störungen nach dem Leichenbefunde zu ziehen. Alle die zuletzt beschriebenen Erscheinungen deuten uns wohl den Ort der

höchsten functionellen Reizung durch die anatomischen Veränderungen im einzelnen Fall an, aber das Wesen und Zustandekommen des Vorganges wird dadurch nicht genügend aufgeklärt.

Manche chronische Veränderungen sind auch nur Folgen der Reizung, nicht ihre Ursachen. Am sichersten sind die Veränderungen in den motorischen Centren als Ursachen festgestellt.

Etwas näher kann man der Sache treten durch den Versuch, jene Vorgänge als Ernährungsstörungen aufzufassen. Die Gesetze der Localisation von diesem Gesichtspunkte aus aufzusuchen ist aber erschwert durch den Umstand, dass herdartige Erkrankungen sehr oft auch in ihrer nächsten Umgebung Reizzustände hervorrufen, die zu Erscheinungen führen, welche sonst nur diffusen Erkrankungen zukommen. Namentlich auf vasomotorischer Grundlage entwickeln sich solche Fernwirkungen. Andererseits sind die durch besondere mechanische und anatomische Verhältnisse bedingten Vertheilungen meningitischer Exsudate und des Flüssigkeitsdruckes in den Hirnhöhlen Gründe für örtlich beschränktes Auftreten der Wirkungen des diffusen Krankheitsvorganges, namentlich in den Stirnlappen.

Die Auffassung mancher Psychosen als Ernährungsstörungen wird erleichtert durch folgende Betrachtung. Gewebsnekrosen kommen beim Foetus und im frühesten Kindesalter leichter zu Stande im Gehirnmantel als in den Ganglien des Hirnstammes, weil die Länge der Arterien viel grösser ist und die am Mantel ins Hirn eintauchenden Aestchen weit zarter als die Endarterien des Hirnstammes sind; sie werden also leichter zusammengedrückt und solche Bezirke werden rascher blutarm. Im Gefässnetz der Sylvischen Grube liegen diese Verhältnisse am ungünstigsten, ähnlich in der ganzen motorischen Region, daher treten an diesen Stellen Nekrosen auch am häufigsten auf. Die längsten Endzweige des Gefässsystems der Pia Mater führen zu dem weissen Marklager unter der Rinde, so dass die Zerstörungen früher und ausgedehnter in der Markschicht als in der Rinde auftreten. Diese Markschicht enthält nun die geschlossenen Schichten der Associationsbahnen; selbst kleine Zerstörungen reissen daher gerade hier tiefe Lücken in psychische Vorgänge. Zur Erklärung verschiedener Krankheitsformen können diese Beobachtungen aber doch noch nicht verwerthet werden, obwohl im einzelnen Falle der Leichenbefund nicht selten als mechanische Ursache der Ernährungsstörungen eine abweichende Anordnung von Blutgefässen und ihre krankhaften Veränderungen nachweist, so dass sich z. B. in der Dem. paralytica die Krankheitserscheinungen ganz wesentlich von einander unterscheiden, wenn die Carotiden die ganzen Grosshirnhalbkugeln versorgten, oder wenn die Art. vertebralis daran betheiligt war.

Einen Augenblick müssen wir verweilen bei Beobachtung einseitiger Sinnestäuschungen, die in den centralen Sinnesflächen entstehen; Gehörstäuschungen sollen verhältnismässig häufig einseitig auftreten, einzelne Male wurde dann auch eine Erkrankung der Hirnrinde auf der entgegengesetzten Seite in der Leiche gefunden ohne sonstige Veränderung, so dass der Zusammenhang zweifellos war. In der Regel aber sind sie nicht scharf zu localisiren, wenn sie bei ausgebreiteten Erkrankungen der Hirnrinde auftreten oder mehrere Sinnesgebiete betheiligt sind. Ueberhaupt scheint mir der neuerdings gemachte Versuch, Hallucinationen durch Excision von Hirnrinde zu beseitigen, verwegen und nicht genügend durch theoretische Ueberlegung unterstützt; auch die Erfolge unterliegen manchen Zweifeln und Bedenken, so interessant manche der dabei gemachten Beobachtungen sind. Als eine sichere Ansicht kann es im Allgemeinen indessen doch schon gelten, dass Sinnestäuschungen dort in der Hirnrinde zu localisiren sind, wo Herderkrankungen Centren der Sinnesvorstellungen nachgewiesen haben, wobei ein Muskelsinn für Bewegungsvorstellungen nicht zu vergessen ist.

Die Frage, ob einzelne Acte des geistigen Geschehens an bestimmte Stellen der Hirnrinde gebunden sind, ist neuerdings noch in anderer Form aufgetaucht und beantwortet worden. Man spricht von geistigen Herdsymptomen, von Einzelinhalten des Bewusstseins; dabei wird darauf hingewiesen, dass zusammengesetzte geistige Leistungen, wie z. B. Begriffe und das Sprachvermögen einzeln erworben werden und auch einzeln verloren gehen können. Es beschränken sich die dahin gehörigen Erfahrungen aber auf einzelne klinische Beobachtungen, bei denen vorzugsweise Eigennamen und Zahlen dem Gedächtnis fehlten, oder später gelernte fremde Sprachen vergessen wurden bei Erhaltung der Muttersprache. Anatomische Veränderungen werden dabei schichtenweise vorkommend gedacht, doch fehlen dieser Vermuthung vollgiltige Beweise. Auch steht ihr noch die Ueberlegung entgegen, dass wir den nervösen Elementartheilen des Gehirns keine specifischen Leistungen zulegen. Ferner sind alle höheren geistigen Thätigkeiten Vorgänge von so verwickelter Art, dass wir nicht daran denken dürfen, sie an einfache Elemente zu binden. Eine Empfindung, einen Anstoss zu einer Bewegung mögen wir uns an eine einzelne Ganglienzelle gebunden denken, aber bei verwickelten geistigen Vorgängen können wird dies nicht. Diese setzen sich aus zahlreichen Vorstellungen in verschiedenen Sinnesgebieten zusammen; geht ein Theil verloren, so ist es gar nicht einmal nöthig, daran zu erinnern, dass andere Hirntheile stellvertretend eintreten können, sondern es

sind noch so viele Vorstellungen aus anderen Sinnesgebieten vorhanden, die mit in den Inhalt jener verwickelten Vorstellung im Bewusstsein eingegangen sind, dass es nicht gestattet ist, von dem Verlust eines Einzelinhalts des Bewusstseins zu sprechen. Alle inneren Vorgänge machen das Bewusstsein aus, es gibt keine einzelnen Bewusstseinsarten. Jedenfalls aber ist es aussichtslos nach schichtenweis abgelagerten Sorten des Bewusstseins in der Hirnrinde zu suchen; will man festhalten an einem Parallelismus von geistigen Thätigkeiten und von Vorgängen in bestimmten anatomischen Grundlagen, so ist mindestens zu bedenken, dass ein solcher nicht nur in der Hirnrinde vor sich geht, sondern überall im Nervensystem. Die Vorgänge des Bewusstseins sind an das ganze Nervensystem gebunden, nicht an die Hirnrinde allein.

Alles in Allem genommen sind die Bestrebungen nach Localisation geistiger Störungen nur von allgemeinem Werthe geworden; zur Feststellung einzelner Herdsymptome geistiger Störungen haben sie Nichts genützt. Es sind höchstens bestimmte Symptomengruppen anatomisch festzustellen, nicht volle klinische Krankheitsbilder, wie wir bei ihrer Schilderung sehen werden. Die einseitig anatomische Richtung der Forschung übersieht noch immer die Bedeutung verwickelter psychischer Vorgänge. Die Entwicklung bestimmter psychologischer Grundbegriffe wird uns später die Unmöglichkeit zeigen, jemals in diesem Sinn Alles örtlich im Hirn zu bestimmen.

So vermag auch die Thatsache, dass das Gedächtniss gelegentlich nur theilweise verloren geht, uns nichts zu sagen über einen bestimmten Ort der betreffenden Verluste; dabei ist es auch noch nicht einmal ganz zweifellos, ob wirklich z. B. ganz vereinzelt nur das Gedächtniss für eine bestimmte Sprache, für die Musik verloren gehen kann. Sicherer ist schon die Beobachtung, dass das Gedächtniss für Eigennamen leichter schwindet als das für Substantiva und Adjectiva; nichts berechtigt aber daraus zu schliessen, dass sich die Erinnerungen im Gehirn schichtenweise abgelagert finden und nur beim Vordringen eines Krankheitszustandes von Aussen oder Innen aus der Oberfläche verschwinden. Besonders aber gibt es keine umschriebenen Erkrankungen des Gehirns, die uns über den Verlust solcher Localgedächtnisse etwas lehren.

Wenn man sich diesem Mangel eines Befundes gegenüber darauf beruft, dass verfeinerte Untersuchungsweisen uns weiter helfen werden, so ist dieser Wechsel auf die Zukunft, der besonders die Chemie berücksichtigt, einstweilen nicht viel werth; denn die Chemie am lebenden Gehirn ist für unsere Untersuchung nicht möglich,

und dass chemische Behandlung des Gehirns der Leiche zahlreiche Einwände bedingt, die kaum widerlegt werden können, braucht nur angedeutet zu werden; aber auch die mikroskopische Untersuchung scheitert, wenn sie bestimmte Formen geistiger Störungen localisiren soll, meistens noch an der Flüchtigkeit und Veränderlichkeit oder Mannichfaltigkeit der Befunde in den verschiedenen Abschnitten der Krankheit.

In Auseinandersetzungen über den Sitz der Seele dürfen wir uns hier nicht einlassen, die ohne metaphysische Betrachtungen nicht möglich sind. Soviel aber mag gesagt sein, dass alle psychiatrischen Erfahrungen zu der Annahme drängen: das geistige Leben ist nicht an einen bestimmten Punkt gebunden, nicht einmal auf das Gehirn allein beschränkt, sondern ist innig verknüpft mit den Lebensvorgängen im gesammten Körper. Geisteskrankheiten sind daher nicht nur Gehirnkrankheiten, sondern Krankheiten der Person.

II.

Die Ursachen geistiger Störungen.

Die Lehre von den Ursachen der Krankheiten ist eine der wichtigsten in der gesammten Heilkunde, also auch in der Psychiatrie. Je einfacher sie sich gestaltet, desto deutlicher ist ihr Werth. Einwurfsfrei beherrscht sie aber nur in wenigen Zweigen der Medicin das ärztliche Handeln, wie z. B. in Theilen der Chirurgie. Je zweifelhafter es bleibt, ob bestimmte Krankheitserscheinungen die Folgen einer gerade angenommenen Ursache sind, um so fraglicher bleibt auch die Abhängigkeit des ärztlichen Handelns von der Kenntniss dieses Zusammenhangs. Nur eine vorurtheilslose Beobachtung vermag dann das Räthsel des einzelnen Falles zu lösen und das Ergebniss für die Behandlung zu verwerthen. Je kritikloser aber im einzelnen Fall alle möglichen Ursachen durchlaufen werden, um so werthloser ist ihre Kenntniss. Sehr erschwert wird die Abwägung des Einflusses verschiedener Ursachen noch dadurch, dass die geistigen Störungen fast immer langsam entstehen; alle möglichen Ursachen drängen sich dem Beobachter in solcher Fülle und Verwickelung entgegen, dass gerade in diesem Gebiet eine aufklärende wissenschaftliche Sichtung nöthig wird. Darum muss unsere allgemeine Betrachtung der Ursachen geistiger Störungen einen breiten Raum einnehmen.

Eintheilung, Wichtigkeit und Wirkungsweise der Ursachen.

Einen Einblick in die **unmittelbare** Wirkung von Schädlichkeiten auf das geistige Leben gewinnen wir so selten, weil neben und vor einer einzelnen besonders ins Auge gefassten Ursache andere Einflüsse auftreten, die nur **mittelbar** die geistigen Störungen verursachen; diese mittelbar, nicht unvermittelt wirkenden Ursachen bezeichnet man auch als die **veranlagenden**. Es sind also Ursachen, die die Entstehung geistiger Störungen begünstigen und eine Empfänglichkeit dafür erzeugen. Man spricht daher von einer Anlage, Neigung oder Disposition zu Geisteskrankheiten, und fasst dann alle die Ursachen,

die im Wesentlichen nur eine Vorbereitung zur wirklichen Erkrankung sind, zusammen unter dem Namen der prädisponirenden. Das allen gemeinsame Merkmal ist also, dass sie keine unmittelbare, sondern nur eine vermittelte Wirkung ausüben. Die Reihe der dabei auftretenden Zwischenglieder gehört meistens wieder zu derselben Gruppe von Erscheinungen, so dass es unserer Beobachtung oft nicht gelingt, jene entfernteren Ursachen bis zu ihrem Anfang zu verfolgen. Es ist daher im einzelnen Fall oft schwierig zu entscheiden, ob wir schon ein Zeichen der Krankheit, also eine Wirkung jener Ursachen, oder noch eine der Ursachen selbst vor uns haben. Die wissenschaftliche Betrachtung verlangt aber ihre Erörterung in möglichst scharf getrennten Gruppen, obwohl wir sehen, dass sie in der Wirklichkeit vielfach in einander fliessen. Wie wichtig ihre Kenntniss ist, mag aus dem einfachen Hinweis darauf klar werden, dass gerade das Entstehen einer Geistesstörung, das beginnende Irresein, der Punkt ist, den die Behandlung mit Aussicht auf Erfolg aufsuchen kann, während die schon länger bestehenden Krankheiten in den meisten Fällen Gegenstand der Pflege werden. Also gerade in den Beobachtungs- und Wirkungskreis des praktischen Arztes fallen die hier zu erörternden Ursachen; es ist für ihn daher von der grössten Wichtigkeit, die Ursachen des Irreseins sorgfältig zu kennen, um die Bildungsgeschichte eines Erkrankungsfalles zu verstehen, zu verhüten und ihn zu behandeln.

Aber nicht allein zur Lösung dieser wichtigsten Aufgaben kann die Ursachenlehre dem Arzte dienen, sondern schon eine einfache Beantwortung der Frage nach der Ursache einer geistigen Störung ist den Angehörigen gegenüber von grosser Wichtigkeit. Denn diese legen ihm beharrlich immer wieder die Frage vor, wodurch die Krankheit entstanden sei und scheinen sich dabei zuweilen ängstlicher darum zu kümmern wie die Krankheit entstand, als wie sie zu heilen sei. Wie gewinnen wir nun die Kenntniss, unsichere Antworten zu vermeiden? Wie lösen wir das aus dem Zusammenwirken der verschiedensten Bedingungen sich bildende Gewebe auf? Die praktische Erfahrung des Einzelnen reicht bei der Mannigfaltigkeit der Erscheinungen nicht aus; das zu durchforschende Gebiet ist zu weit, um es jedes Mal leicht zu durchmessen. Es gibt in vielen Fällen überhaupt nur einen Weg, um ein annähernd richtiges Urtheil und eine einigermassen befriedigende Antwort für jene Fragen zu finden. Man muss dazu die zusammenfassenden Angaben und grossen Beobachtungsreihen zu Hilfe nehmen, wie sie nur die Statistik bieten kann. Auf ihr beruhen die meisten der unten folgenden Erörterungen. Aber immer

verlangen statistische Angaben eine vorsichtige Deutung. Ein Beispiel wird die Nothwendigkeit dieser Vorsicht beweisen. Aus den statistischen Beobachtungen geht hervor, dass die Zahl der weiblichen Kranken in Anstalten nicht allein im Verhältniss zu früheren Jahrzehnten wie die der Männer zugenommen hat, sondern dass sie jetzt sogar diese überhaupt überwiegt. Daraus darf nicht sofort geschlossen werden, dass Frauen jetzt leichter und häufiger erkranken, dass dagegen früher die Männer dem Irresein leichter verfielen; denn gerade die Statistik gibt einige andere Zahlen an die Hand, die jene Auffassung berichtigen. Die Sterblichkeit der Frauen ist in den Anstalten geringer; die weibliche Bevölkerung in den Culturstaaten ist überhaupt eine die männliche überwiegende. Ausserdem sind auch noch einige andere, nicht statistisch gewonnene Gründe hier anzuführen, die jene Thatsache erklären. Das Vorurtheil gegen die Anstalten schwindet jetzt mehr und mehr, und hält nicht in dem Grade wie früher vor der Versetzung gerade der Frauen in sie zurück; die Frauen aber, die in den Anstalten sind, werden aus verschiedenen Gründen nicht so leicht entlassen wie die Männer: einmal sind sie überhaupt unruhiger und störender, darum ungeeigneter für häusliche Pflege, wenn diese einmal aufgegeben ist; dann aber werden die Männer als Ernährer der Familien schwerer entbehrt und daher eher wieder zurückgeholt, wenn es irgend möglich ist. Alle die genannten Gründe aber erklären die Zunahme der weiblichen Kranken in den Anstalten.

Fast niemals aber ist ein zweifelloser Nachweis des physiologischen Zusammenhangs möglich, der doch eigentlich das Endziel unserer Forschung sein müsste. Auch sind Verwechslungen von Ursachen und Wirkungen in einer Erscheinungsreihe alltäglich. Es ist aber die erste logische Forderung daran festzuhalten, dass nur das Ursache sein kann, was voran gegangen ist; jedes gleichzeitige Geschehniss hat in diesem Sinn schon eine zweifelhafte Bedeutung. Die Verwickelung mehrerer verschiedener Ursachen ist so häufig, dass man kaum jemals ein zweifelloses Recht hat, nur diese oder jene einzelne Ursache verantwortlich zu machen für diese oder jene Wirkung. So verführerisch es ist, einzelne Krankheitsformen nach ihren Ursachen auszuscheiden und zu ordnen, so sind doch bis jetzt alle die Versuche aetiologische Eintheilungen der psychischen Krankheiten zu machen, bei der Durchführung gescheitert, weil zu viele Möglichkeiten in jedem einzelnen Falle gegeben sind, und weil ausserdem eine ganze Reihe von Erkrankungsformen ohne bekannte Ursachen in der Luft schweben würde.

Ich komme noch einmal zurück auf den Vergleich mit der Chirurgie. Eine bestimmte körperliche Verletzung, sagen wir ein Stoss, ruft ein unmittelbar dadurch entstehendes Krankheitsbild hervor; nennen wir nun auch die Schädlichkeiten, die auf den geistig Erkrankenden einwirken, Verletzungen oder Traumen, so ist hier der wichtige Unterschied zu bemerken, dass fast niemals, oder doch nur sehr selten ein einzelnes bestimmtes Trauma die Krankheit erzeugt, sondern dass meist ganze Reihen gleichartiger oder auch ungleichartiger Erschütterungen dazu führen. Man hat neuerdings von einem psychischen Trauma gesprochen, dessen wiederholte fortdauernde Einwirkung einen anhaltenden, nicht rasch wieder auszugleichenden krankhaften Zustand in gewissen Abschnitten des Nervensystems hervorruft. Es ist hierbei von grossem Interesse, dass neben deutlichen geistigen Störungen auf dieselbe Weise einige niedrigere Functionen krankhaft verändert werden können, die in naher Beziehung zu Bewegungen des Gemüths und geistigen Erregungen auch in gesunden Tagen stehen. Es sind dies Erscheinungen wie Herzklopfen, Schlaflosigkeit, nervöse Verdauungsstörungen, Lach- und Weinkrämpfe, Zustände, die bei psychischen, beständig wirkenden Schädlichkeiten sich einzustellen pflegen. Dass diese Zustände an und für sich nicht krankhaft sind, ist klar, denn sie sind ebenso wie Röthung des Gesichts im Zorn, das Erbleichen im Schreck, Zittern vor Angst, durchaus natürliche Folgen der genannten Eindrücke; kehren diese aber in ununterbrochener Folge wieder, so antwortet das verletzte Nervensystem ununterbrochen auf jene Weise, und diese Erschöpfung desselben, ohne dass ihm Zeit gegeben ist, sich in frischem Stoffwechsel zu erholen, ist das Zeichen des krankhaften Zustandes. Hier ist mit Recht von einer psychischen Verletzung, einem Trauma zu sprechen, und hier ist die Erkenntniss des Zusammenhangs der Weg zur Verhütung des weiteren Umsichgreifens der erkannten Schädlichkeiten. Von vielen Beispielen eines psychischen Traumas sei nur folgendes angeführt. Die einseitige Art, Kinder, deren Gehirn doch besonders empfindlich ist, durch mechanisches Auswendiglernen zu quälen, hat eine frühzeitige geistige Ermüdung zur Folge; immer erneut wirken hier dieselben schädlichen Reize und führen rasch zu einer Lähmung der Gehirnthätigkeit, die entweder schon sofort das Kind krank macht oder es zu späterer Erkrankung veranlagt. Dieses Beispiel lässt sich leicht auf weitere Kreise ausdehnen. z. B. in der Jugend gedankenlos dem Gehirn eingeprägte religiöse Dogmen lähmen, sich später dagegen sträubende Gedanken schon so frühzeitig, dass es vielen Ungebildeten unmöglich wird, sich von ihrem Banne zu befreien.

Wir sehen also in dieser Weise die Wirkung der langsam, aber wiederholt auftretenden Schädlichkeiten allmälich zu einer grossen Gewalt anwachsen, und wollen an dieser grundlegenden Thatsache festhalten. Sie wird uns immer wieder begegnen, wenn wir versuchen, die Ursachen im Einzelnen zu erörtern.

Ehe wir nun dazu übergehen, die schon gemachte Unterscheidung zwischen vermittelten, entfernteren und näheren, unmittelbaren Ursachen weiter auszuführen, ist es nöthig, eine andere Art der Unterscheidung zu berühren, die zuweilen gemacht wird und zunächst etwas Bestechendes hat, mir indessen bei näherer Betrachtung nicht durchführbar erscheint. Es werden äussere und innere Ursachen unterschieden; die letzteren fallen dann zusammen mit den veranlagenden, und wäre diese Eintheilung wohl einwurfsfrei. Bei den äussern werden nun oft körperliche und geistige Ursachen unterschieden. Es ist aber doch nicht ganz zutreffend die körperlichen Ursachen, d. h. Erkrankungen der verschiedensten Organe und Organsysteme, also auch des Gehirns und des ganzen Centralnervensystems, als von Aussen wirkende Ursache zu bezeichnen; denn wir müssen die geistigen Störungen bis zu einem gewissen Grade als gebunden an Gehirn und Centralnervensystem ansehen. Dann hätten wir eigentlich nur eine leere Umschreibung vor uns, wenn wir als äussere Erkrankungsursache bei einer geistigen Störung eine Erkrankung des Hirns angeben; jedenfalls steht hier die Unterscheidung eines äussern und innern Einflusses an einer willkürlich gesetzten Grenze. Wir finden daher auch die körperlichen Ursachen bei dem einen Schriftsteller unter den äussern, bei einem andern unter den innern Ursachen aufgeführt. Die Abgrenzung äusserer und innerer Ursachen in Vorgänge ausserhalb und innerhalb der menschlichen Person hat überhaupt grosse praktische Bedenken. Am besten geht man diesen Schwierigkeiten aus dem Wege, wenn man den Unterschied von äusserer und innerer Ursache in der Eintheilung ganz fallen lässt und sich vielmehr an die Auffassung hält, die einen allmälichen Uebergang zwischen entfernteren, vermittelten und näheren, unmittelbarer wirkenden Ursachen erkennen lässt. Dass auch dieser Unterschied ein künstlicher bleibt, muss zwar eingeräumt werden, denn ganz unmittelbar kann genau genommen keine Ursache wirken, da sie der körperlichen Grundlage bedarf; indessen ist diese Betrachtungsweise doch die einfachste und natürlichste. Am Ende der Reihe steht dann die Gruppe der psychischen Ursachen, bei denen eine unmittelbare Wirkung am deutlichsten ist.

Die entfernteren, mittelbar wirkenden Ursachen wollen wir nun betrachten, je nachdem sie die Allgemeinheit oder den Einzelnen treffen.

A) Auf die Allgemeinheit wirkende Ursachen.

Es gibt eine ganze Reihe von Umständen, unter denen man das Irresein vorkommen sieht, deren ursächlichen Einfluss auf seine Entstehung wir nun an der Hand der Statistik zu erörtern haben; es sind eben entferntere, nur ins Grosse wirkende Ursachen, und sind sie daher auch für den einzelnen Fall weniger zu verwerthen. Die wichtigste derselben ist die

Civilisation.

Eine nicht zu bezweifelnde Thatsache ist die fortschreitende Häufigkeit des Irreseins. Es lag nun nahe der fortschreitenden Civilisation diese Zunahme der Geisteskranken zuzuschieben, und wird auch oft genug dieser Schluss gemacht. Wir werden sehen, dass dazu aber nur eine gewisse Berechtigung vorliegt. Vor Allem müssen wir uns klar sein, was wir unter Civilisation verstehen wollen. Der Unterschied zwischen einem Naturvolk und einem civilisirten ist ja deutlich, aber es kann zweifelhaft sein, ob wir unsere heutige Civilisationsstufe als eine das Alterthum überragende zu betrachten haben; es wird sich auch kaum behaupten lassen, dass die Civilisation in den Vereinigten Staaten Nord-Amerikas höher steht als die Europas. In der modernen Welt sind aber verhältnismässig mehr geistige Erkrankungen als in der alten, in den Vereinigten Staaten mehr als in Europa. Verstehen wir nun unter Civilisation die geistige Entwicklungsstufe eines Volkes überhaupt, so würde der Satz, dass mit der Civilisation das Irresein wächst, also schon unrichtig sein. Richtiger wird er aber, wenn wir vorzugsweise an die Fortschritte in den äusseren Lebensumständen der Menschen denken, die mit der Civilisation verbunden sind. Dabei muss sich die Betrachtung beschränken auf die eigentlichen Culturnationen, denn über die wilden und selbst halbcivilisirten Völker fehlt es an jedem Zahlennachweis; gelegentliche Schätzungen von Reisenden haben hierfür keinen Werth. Ehe wir aber aus dem Sammelbegriff Civilisation einzelne seiner Bedingungen auslösen, sollen einige statistische Angaben uns eine Grundlage für die ganze Untersuchung verschaffen.

Auf 200 Gesunde rechnet man jetzt in den civilisirten Staaten durchschnittlich einen Geisteskranken, wahrscheinlich bleibt diese An-

gabe aber noch hinter der Wirklichkeit zurück. Es ist festgestellt, dass auch die Zahl der Selbstmorde im Zunehmen begriffen ist; mindestens ein Drittheil derselben ist eine Folge von Geisteskrankheit, und wird dadurch die Zunahme dieser ebenfalls bewiesen. Da uns im Allgemeinen statistische Erhebungen nur aus jüngster Zeit zu Gebote stehen, so will ich die mir bekannt gewordenen Angaben aus etwas älterer Zeit für ein kleineres Gebiet mittheilen, weil dadurch ein Vergleich der früheren Zeit mit der jetzigen möglich wird. Es betrifft dies die Provinz Schleswig-Holstein. Ihre Einwohnerzahl im Jahre 1803 betrug 602,087 Personen. Ungefähr zur gleichen Zeit zählte man 700 Geisteskranke, d. h. gut 11 auf 10,000 Einwohner. Um das Jahr 1840 war die Zahl der Geisteskranken schon auf mindestens 2125 gestiegen, bei einer Einwohnerzahl von 772,974, das sind etwa 28 auf 10,000. Im Jahre 1880 waren es fast 34 auf 10,000. Auffallend ist die rasche Steigerung in der ersten Hälfte des Jahrhunderts. Die Zahlen sind als sicher anzusehen.

Immerhin sind aber alle statistischen Angaben trotz des Zahlenkleides, in welchem sie erscheinen, nur Wahrscheinlichkeitsbeweise; denn wir haben mehrere Gründe zu beachten, die den Werth der Zahlen entkräften. Einmal ist es sicher, dass die Fortschritte der Cultur durch verbesserte Krankenpflege auch das Leben der Irren verlängern und so nur eine scheinbare Vermehrung mit sich bringen. Weiter ist die immer zunehmende Sorgfältigkeit der Erhebungen zu berücksichtigen. Die scheinbare Zunahme, die durch die Zunahme der Gesammtbevölkerung hervorgerufen wird, lässt sich natürlich durch Rechnung aufklären. Trotzdem bleibt aber aus Allem die Thatsache der Zunahme übrig.

Es ist indessen nicht nöthig, aus der Zunahme der Irrenzahl eines Landes auf die Entartung des betreffenden Volkes zu schliessen. Die Fähigkeit zur Entwicklung schliesst auch die Fähigkeit zur Entartung in sich, es muss bei allgemeinem Fortschritt auch Rückgang hier und da hervortreten.

Die Hauptnachtheile der heutigen Civilisation lassen sich nun am Treffendsten zusammenfassen in der Feststellung, dass die Zunahme der geistigen Störungen gleichzeitig mit dem riesenhaften Anschwellen der grossstädtischen Bevölkerungen aufgetreten ist. Der Zug unserer Zeit geht nach den Städten, und zwar fast ausschliesslich den Grossstädten. Man müsste eine Beschreibung des Lebens in diesen geben, um alle die Schädlichkeiten zu berühren, die in ihnen wirken. Es mag genügen zu erinnern an die schlechten hygienischen Verhältnisse der Grossstädte, die Armuth, das Fabrikleben, die Un-

sittlichkeit und Ehelosigkeit. Alle diese Umstände treffen zusammen mit dem rastlosen Kampf ums Dasein, der in allen Kreisen mit fieberhaftem Streben nach aufreibenden Vergnügungen wechselt. Nirgends Ruhe, daher überall neue Reize die drohende Erschlaffung beseitigen müssen. Es werden Genussmittel nöthig, besonders der schlechte Alcohol muss zur scheinbaren Hebung der verlorenen Nervenkräfte dienen. So finden sich zahlreiche Schädlichkeiten in den Grossstädten zusammen, die eine Anlage zum Irresein schaffen.

Wenn wir noch einige andere Seiten der Civilisation ins Auge fassen, die sich überall, nicht nur in den Städten geltend machen, so wird es doch fraglich bleiben, ob sie zweifellos schädliche Wirkungen ausüben, ja einzelne verhindern sogar eher die Entstehung von Irresein. Es ist zweifelhaft, ob religiöse und politische Erschütterungen zu unserer Zeit dazu zu rechnen sind. Religiöse Streitfragen und Anforderungen erschüttern heutzutage die Allgemeinheit weniger als z. B. zur Zeit der Reformation oder der Kreuzzüge. Religiöser Fanatismus, der die Massen ergreift, ist in den civilisirten Staaten unseres Jahrhunderts eine Seltenheit geworden. Aehnlich steht es mit politischen Erregungen. Freilich besitzen wir hier keine sicheren Angaben zur Entscheidung der Frage; politische Revolutionen sind aber von so verwickelten Erscheinungen begleitet, dass es kaum möglich sein wird, den Einfluss der wirklich nur politischen Vorgänge auszuscheiden. Es ist aber doch von Interesse, dass z. B. die Franzosen keine grössere Neigung zu geistigen Störungen besitzen, bei denen politische und sociale Bewegungen fast mit einer gewissen Regelmässigkeit auftreten. Der Einfluss solcher Ereignisse scheint mehr in Färbung und Form der Störungen, als in ihrer merklichen Zunahme zum Ausdruck zu gelangen. Sie beeinflussen wohl den Vorstellungsinhalt der Erkrankten, weniger das Zustandekommen der Krankheit selbst. Während des deutsch-französischen letzten Krieges will man sogar die Beobachtung gemacht haben, dass viele Leute, die an der Grenze des Irreseins standen, durch die geistige Erregung und die Beschäftigung, die ihnen die unruhige Zeit gewährte, vor dem Uebergange in ausgesprochene Geistesstörung bewahrt worden seien. Indessen sind die dabei in Betracht zu ziehenden Fragen sehr verwickelter Art; der Krieg leitet manche Leidenschaften in andere Betten, die Kranken gelangen darum weniger in Anstalten, auch bedingt der Krieg Sparsamkeit bei Familien und Behörden, überhaupt aber hindert er in mannichfacher Weise die genaue Ueberwachung der öffentlichen Sicherheit; die Zahl der Kranken, die nicht beachtet und gezählt werden, ist darum eine beträchtliche.

Dass die bessere Nahrung, Kleidung und Wohnung, die sich mit fortschreitender Civilisation einfinden, die Entstehung der Geisteskrankheiten nicht begünstigen, ist sicher. Auch die allgemeine Aufklärung und Verbreitung sittlicher Anschauungen tragen in wirksamster Weise bei zur Verhütung geistiger Störungen, so dass es zweifelhaft ist, ob man die Civilisation im Allgemeinen als eine Ursache für die fortschreitende Zunahme des Irreseins bezeichnen muss. Gute und schädliche Seiten derselben halten sich vielleicht das Gegengewicht.

Rasse und Nationalität.

Im engen Anschluss hieran ist die Frage des Einflusses der Rasse zu untersuchen. Eine Zeitlang glaubte man die schottischen Hochländer, die Iren, ferner die Neger seien weniger geneigt zum Irresein, da bestimmte Formen desselben, namentlich die fortschreitende Paralyse unter ihnen nicht beobachtet wurden. Dann zeigte sich aber, dass diese Ausnahmestellung verschwand, sobald jene Schotten und Iren oder Neger in die grossen Städte zogen. So erkranken jetzt auch die frei gewordenen Neger in den Vereinigten Staaten Nord-Amerikas an Paralyse, während diese Rasse in der Sclaverei frei davon blieb. Vielleicht muss man den Juden eine verhältnismässig grössere Veranlagung zuschreiben; aber auch hier mag ein anderer Grund vorliegen, als eine Rasseneigenthümlichkeit. Bekanntlich heirathen die Juden vielfach in engen Familienkreisen, die Kreuzung ist ungenügend und darum führt die Vererbung durch Inzucht zu einer rasch wachsenden Anlage. Im Uebrigen zeigt die Statistik kein Ueberwiegen der Neigung irgend einer Rasse zum Irresein; ebensowenig ist dies bei den verschiedenen Nationalitäten der Fall.

Geographische Lage, Bodenverhältnisse, Nahrung.

Die geographische Lage einer Bevölkerung muss in einigen Fällen in Beziehung zu ihren geistigen Erkrankungen gesetzt werden. Von jeher hat man einen Zusammenhang gesucht zwischen dem endemischen Vorkommen des Cretinismus in einigen Alpenthälern und bestimmten Bodenverhältnissen derselben. Die vorwiegende Maisnahrung der Landleute in Ober-Italien führt die Form des sog. pellagrösen Irreseins herbei.

Jahreszeiten und Klima. Mond.

Die kosmischen Einflüsse, die sich in Jahreszeiten und Klima offenbaren, sind nicht bestimmt zu bezeichnen. Einzelne Beobachtungen scheinen in Ländern mit ackerbautreibender Bevölkerung zu beweisen, dass in den Sommermonaten mehr Aufnahmen in die Irrenanstalten stattfinden; aber auch in den Städten scheint es der Fall zu sein. Das Klima macht im Ganzen keinen Unterschied; die Sonnenhitze der heissen Zonen erregt den Südländer weniger, wenn aber dadurch vielleicht doch eine grössere Erkrankungszahl entsteht, so wird eine solche sicher aufgewogen durch andere Ursachen im Norden, wie z. B. den unmässigen Alcoholgenuss daselbst. Zwecklos ist es aber, immer noch wieder nach einem vermeintlichen Einfluss der Mondphasen zu suchen. Aberglaube und ungenaue Beobachtung führen dazu. Schon der Umstand, dass nach einigen Beobachtungsreihen die Wirkungen des Einflusses auf die verschiedenen Viertel selbst fallen, nach anderen dagegen zwischen dieselben, zeigt die Haltlosigkeit der ganzen Annahme. Von vorsichtigen Beobachtern wird nur zugegeben, dass das hellere Licht überhaupt eine Beunruhigung mache.

Geschlecht und Civilstand.

Den Zusammenhang des Geschlechts mit der Wahrscheinlichkeit der Erkrankung haben wir schon berührt. Es stehen verschiedene Gründe auf beiden Seiten sich gegenüber, die schliesslich eine ziemlich gleichwerthige Gelegenheit zur Erkrankung bedingen. Bei den Männern sind wirksamer und gefährlicher der Kampf ums Dasein, Trunksucht und Ausschweifungen; die Frauen sind durch Schwangerschaften, Wochenbetten, Säugen oder durch ein bei ihnen viel häufiger als bei den Männern unbefriedigtes Geschlechtsleben gefährdet. Nach den Gesetzen der gekreuzten Vererbung und des gleichzeitig dabei überwiegenden Einflusses des Vaters wird Irresein etwas häufiger auf weibliche Nachkommen vererbt. Da nun periodisch auftretende Störungen in der Regel zu den erblichen gehören, wird durch die hierdurch bedingten wiederholten Aufnahmen die Zahl der ohnehin schon häufigeren weiblichen Erkrankungen dieser Form scheinbar noch vermehrt. Eine auffallende Thatsache bleibt die Erkrankung so vieler ganz junger Mädchen; man wird mehr in Fehlern der Erziehung die Ursache dafür zu suchen haben, als in einem unbefriedigten Geschlechtsleben, denn es betrifft dies vielfach ganz

jugendliche Personen, die kaum in die Pubertät eingetreten sind. In späteren Jahren sind die festgestellten Nachtheile der Ehelosigkeit bei Frauen von schädlicherem Einfluss als bei den Männern; denn in den untern Ständen haben die ledigen, besonders aber die verwittweten und geschiedenen Frauen ausser dem unbefriedigten Geschlechtsleben meistens auch den Kampf ums Dasein durchzukämpfen mit allen seinen Sorgen und Gefahren, während der Mann in diesen Lagen nur diese letzteren Schädlichkeiten überwinden muss, sich durch seine freie sociale Stellung die geschlechtliche Befriedigung aber mühelos verschaffen kann. Das geordnete Leben der Ehe übt im Allgemeinen eine schützende Wirkung aus; doch schädigen in einzelnen Fällen eine mangelhafte Uebereinstimmung der Ansichten der Eheleute oder materielle Sorgen auch hier in dem Maasse, dass sie eine krankhafte Anlage schaffen.

Lebensalter.

Sehr mannichfaltig sind die Einflüsse des Lebensalters auf die Erscheinungsformen und die Häufigkeit des Irreseins in den verschiedenen Altersstufen. Die Entwicklung oder der Rückgang der Einzelnen ist von verschiedenen inneren Vorgängen begleitet, die auch in der Entwicklung des Irreseins zum Ausdruck gelangen. Die Krankheitserscheinungen knüpfen sich eng an die körperliche und geistige Entwicklungshöhe des Betroffenen. Besonders muss sich erst ein Bewusstseinsinhalt und eine bestimmte geschlossene geistige Persönlichkeit gebildet haben, ehe eine geistige Störung in scharfen Formen hervortreten kann. Daher ist es nicht zulässig, von Geisteskrankheit bei Neugeborenen zu sprechen; denn bei ihnen sind die Aeusserungen des geistigen Lebens ja höchstens Triebbewegungen. Trotzdem verdienen die in diesem Lebensalter auftretenden Schädlichkeiten die grösste Beachtung und Vorsicht, denn der Keim der Krankheit kann sich hier leicht entwickeln. Das Gehirn des Neugeborenen ist von grösster Reizempfänglichkeit trotz der Fähigkeit, einmalige Schädlichkeiten rasch wieder auszugleichen; das deutlichste Beispiel sind die hohen Temperatursteigerungen, die auf kleine Reize auftreten, aber auch ohne dauernden Schaden bleiben, wenn sie nur vorübergehend wirken. Längeren Fieberzuständen aber ist ein kindliches Gehirn nicht gewachsen und nervöse Störungen sind die häufige Folge.

Da der praktische Arzt immer auch Kinderarzt sein muss, so ist die Erörterung der Ursachen des **kindlichen Irreseins** von so grosser Wichtigkeit, dass wir uns mit ihnen in besonders eingehender

Weise zu beschäftigen haben. Man wird die folgenden Auseinandersetzungen auch in Lehrbüchern der Kinderheilkunde finden, aber besonders ihre praktische Wichtigkeit verlangt ihre Besprechung in der Psychiatrie. Die Hauptschwierigkeit liegt in dem Fehlen voller psychologischer Eigenschaften des Kindes, so dass kaum ein Vergleich mit denen des Erwachsenen möglich ist, vielmehr eigene Bezeichnungen gefunden werden müssen, um die Vorgänge und Zustände im Geiste des Kindes klar zu machen. Wenn man beim Erwachsenen von einem Gleichgewicht der geistigen Thätigkeiten als einem Beweise für seine geistige Gesundheit spricht, so ist zu betonen, dass die Trennung des ursprünglichen Trieblebens in bewusste Empfindungen und Vorstellungen beim Kinde sich überhaupt erst entwickelt. Die psychologische Untersuchung hat diese sich erst lösende Vereinigung von Empfindungen und Vorstellungen bei den geistigen Störungen des Kindes nicht aus dem Auge zu verlieren. Ein Wollen und Denken, abgelöst von sinnlichem Empfinden, ist noch nicht vorhanden; das willkürliche Denken in Begriffen fehlt noch. Man spricht daher von Begehrungen und Strebungen, die auf der sinnlichen Grundlage der Lust- und Unlustgefühle erwachsen. Triebartig und leidenschaftlich zeigt sich eine noch nicht abgeschlossene Persönlichkeit, und unbewusster Egoismus ist eine regelmässige Erscheinung. In raschem Wechsel und in häufigen Schwankungen treten die Aeusserungen dieses Lebensentwicklungsganges auf. Es ist klar, dass bei einer so schwankenden Gleichgewichtslage die einwirkenden andauernden Reize den Umsturz rasch hervorrufen können. Häusliches Unglück, Verbitterung der Eltern, falsche Er- oder Verziehung erzeugen z. B. frühzeitig absonderliche Neigungen und Handlungen und mit ihnen die Gefahr späterer Erkrankung.

Eigentliche, voll ausgebildete geistige Störungen finden sich im Kindesalter sehr selten. Oft ist ihre Form so unbestimmt, dass sie mehr als Unarten und Ungezogenheiten angesehen und behandelt werden. Aber auch die allgemeine Anlage dazu ist erheblich geringer als in allen übrigen Lebensabschnitten. In den armen Klassen der Bevölkerung findet sich ein entschiedenes Vorwiegen des Idiotismus im Vergleich mit den wohlhabenderen Ständen; man muss in einer ungenügenden Ernährung, auch des Gehirns, den Grund suchen.

Obwohl der Einfluss der Vererbung bei der Anlage zu geistigen Störungen gerade bei Kindern in der verschiedensten Weise weit auseinander gehende Antworten gefunden hat, so muss doch daran festgehalten werden, dass ihr eine grosse Bedeutung zukommt. Kinder, bei deren Vorfahren geistige Störungen vorhanden waren, oder die

durch andere nervöse Krankheiten derselben erblich belastet sind, deliriren nicht nur bei den geringfügigsten Anlässen, wie bei leichtem Fieber, bei Verdauungsstörungen, beim Zahnen, sondern schon nach gewöhnlichen Ereignissen des täglichen Lebens stellen sich lange anhaltende Verstimmungen bei ihnen ein. Die geistige Arbeit in der Schule erschöpft sie rasch, Schreck und Strafen erregen sie in bedenklicher Art. Solchen unvermeidlichen Einflüssen der Aussenwelt und des eigenen innern Lebensvorganges folgt keine volle Ausgleichung, der Widerstand dagegen ist ein krankhaft geschwächter. Vielfach finden sich bei diesen Kindern auch körperliche Entartungszeichen; diese werden an anderer Stelle besprochen.

Neben der erblichen Belastung entwickelt sich die krankhafte Anlage nicht selten aus solchen Schädlichkeiten, die unter der Geburt auftreten, wie durch Druck bei allgemein verengtem Becken, gewaltsamen Zangengeburten, Sturz auf den Kopf u. s. w. In manchen dieser Fälle und bei erblicher Belastung ist auch eine Verzögerung der körperlichen Entwickelung überhaupt auffällig, und im Anschluss daran das Auftreten von geistigen Störungen. Gerade diese Kinder werden verzogen, und so führt das erste Uebel das folgende herbei; frühreif durch den verhältnissmässig ausgedehnteren Verkehr mit den Eltern eilen sie anderen Kindern in geistigen Erfahrungen voraus, und es zeigen sich bald Missverhältnisse in Ansprüchen und Leistungen. Die neuerdings wohl etwas übertriebene Wirkung geistiger Ueberanstrengung in Schulen trifft aber immer am Ersten gerade diese Kinder.

Wie überall ist der Unterschied zwischen unmittelbar und mittelbar wirkenden Ursachen, sowohl der Zeit wie dem Raum nach, auch im Kindesalter ein fliessender. Vielfach ist ihre Wirksamkeit nur eine schleichende oder nur nach Häufung verschiedener Ursachen ersichtlich. Mehr aber noch als bei den Erwachsenen sind es bei Kindern die entfernteren mittelbaren Ursachen, die zur Wirkung gelangen; denn unmittelbar in der kindlichen Psyche laufen noch wenige Vorgänge ab, sie entwickelt sich ja erst zur selbstständigen Abgeschlossenheit. Mittelbar ist auch die Wirkung der eigentlichen Krankheiten des Hirns und seiner Häute; wir dürfen uns über diesen Zusammenhang nicht dadurch täuschen lassen, dass es Gebrauch ist nach Festsellung einer Hirnkrankheit die Zeichen der geistigen Störung als sich mit der Gehirnkrankheit deckende anzusehen. Nicht jede tuberculöse Meningitis der Kinder führt zum Irresein, andrerseits können viele derselben Störungen, die bei Meningitis gefunden werden, auch ohne eine solche sich zeigen. Thatsache ist nur, dass die ver-

schiedensten Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute solche Störungen vermitteln können.

Im späteren Kindesalter erworbene starke Kopfverletzungen pflegen am häufigsten Schwachsinn mit sich zu führen. Sonnenhitze und häufige Wärmebestrahlung des Kopfes an heissen Oefen wirken schon auf Säuglinge in schädlichster Weise ein und gelten als Ursachen früher geistiger Schwäche, zuweilen auch vorübergehender Erregungszustände. Der Zusammenhang mit Ohrenkrankheiten ist sicher; die besondere psychische Störung, die sich daraus entwickelt, die Taubstummheit ist eines der traurigsten Beispiele dafür. Jedenfalls fordern alle Ohrkatarrhe bei Kindern die aufmerksamste Behandlung.

Uebertrieben ist die Furcht vor dem allgemein verbreiteten Uebel der Würmer, denn die Zahl der psychischen Störungen im Kindesalter überhaupt steht dazu in gar keinem Verhältniss. Vorurtheilslose Beobachter fanden bei vorhandenen nervösen Störungen der verschiedensten Art keine so auffallend rasche Beseitigung derselben nach Abgang oder Abtreibung der Helminthen, dass ihnen der Schluss gerechtfertigt erschien, die Würmer als Ursache der Erkrankung der Kinder anzusehen. Es waren immer noch andere Einflüsse daneben nachweisbar. Oxyuren mögen zuweilen zur Masturbation reizen, doch ist diese überhaupt wohl nicht so sehr als eine Ursache, sondern eher als Folge geistiger Störung anzusehen, besonders wenn sie in massloser Weise stattfindet. So ekelhaft die weit verbreitete Masturbation ist, ihre Bedeutung ist sicher oft übertrieben.

Natürlich können alle hier sonst nicht erörterten Ursachen, die wir bei den Erwachsenen besprochen haben oder noch vornehmen werden, auch Kinder betreffen und mögen daher hier zunächst übergangen werden. Auch die Erziehung findet daselbst ihrer Besprechung.

Unter den unmittelbaren psychischen Ursachen nenne ich nur den Schreck, Angst und Kummer, die zuweilen zu Selbstmord führen. Auf die Bedeutung der Nachahmung wird im geschichtlichen Abschnitt aufmerksam gemacht.

Wenn wir hervorheben, dass im Kindesalter die zweite Dentition eine nicht seltene Ursache und eine Grenze bildet, vor und nach welcher die Erscheinungsform der psychischen Störungen sich unterscheiden lässt, so weist uns dies Verhalten den Uebergang zu den nächstfolgenden Stufen des Lebensalters. Die nächste Grenze nun, an der sich eine deutliche Aenderung der körperlichen und geistigen Vorgänge im Menschen entwickelt hat, ist das Alter der geschlechtlichen Entwicklung, der **Pubertät**.

Das Hinzutreten des mächtigen geschlechtlichen Triebes erweitert den Vorstellungskreis im Pubertätsalter bedeutend; von hervorragender Wichtigkeit ist daneben die Thatsache, dass auch gerade in dieser Zeit die erbliche Anlage sich besonders geltend macht, sowohl auf gesundem wie krankem Gebiet. Die physiologische Entwicklung, die sogenannte Evolution gibt eben auch den in der Keimanlage vererbten, schon kranken Zellen einen neuen Anstoss, und jetzt treten die davon abhängigen Erscheinungen fast plötzlich mächtig hervor. Darum finden wir zur Zeit der Pubertät die Geistesstörungen schon viel häufiger als in der Kindheit, und ihre Erscheinungsformen viel reichhaltiger auftreten, entsprechend dem erweiterten und inhaltsreicheren Erfahrungsschatze. Aus der Kindheit nimmt dies Lebensalter die triebartigen Aeusserungen des Gefühlslebens schon mit sich, jetzt kommen dazu die unbestimmten geschlechtlichen Gefühle, deren Ziel noch undeutlich erkannt wird und zu verkehrter Auffassung und Entäusserung leitet. Schwärmerische Stimmungen kennzeichnen schon hier den gemeinsamen Boden, dem mystische und sexuelle Gefühle entstammen. Heftige Ausbrüche, gewaltsame, plötzliche Handlungen ohne eigene innere Begründung entfliessen dieser Entwicklungsstufe des Lebensvorganges. Rascher Stimmungswechsel ist sehr bezeichnend. Stumpfheit des Gemüths und oberflächlichste Beurtheilung der bedenklichen Folgen der triebartigen Handlungen beweisen die fast immer daneben sich rasch entwickelnde geistige Schwäche in den Fällen, wo erbliche Anlage mit Pubertätsentwicklung zusammentrifft. Denn an der grossen Häufigkeit erblicher Belastung bei geistigen Störungen zur Pubertätszeit ist festzuhalten. Daher haften ihnen auch die anderen Kennzeichen vererbter Störungen an, die leichte Besserung, der häufige Rückfall und die Fortdauer fast durch das ganze Leben, wenn nicht geistiger und körperlicher Verfall den krankhaften Vorgang rasch zum Stillstand bringen. Fehlt die] erbliche Belastung, so zeigen sich die für die dauernde Genesung günstigeren rein affectiven Formen des Irreseins; im Ganzen sind sie sogar häufiger.

In diesem Lebensalter finden sich verhältnissmässig oft jugendliche Brandstifter, die entweder nur aus unverstandenen inneren Beweggründen zur That getrieben werden, oder in triebartig auftretenden, aber klar ausgesprochenen Gefühlen handeln. Das Heimweh ist ein solches Gefühl, das sich zu krankhafter Höhe steigern kann, Auch andere Vorstellungen zwingen sich den Betroffenen auf, nur zuweilen begleitet von Sinnestäuschungen. Eigenthümliche Störungen der Bewegungen, die wie das ganze Gebahren etwas Albernes und Läppisches zeigen, sind ebenfalls als Folge der angedeuteten unbe-

stimmten Gefühle und Triebe anzusehen. Zuweilen ist Muskelstarre vorübergehend vorhanden.

Für einige der erwähnten Zustände und Vorgänge, die in der Regel zusammen vorzukommen pflegen, hat man unter dem Namen der Hebephrenie ein geschlossenes klinisches Krankheitsbild aufstellen wollen, doch ist es wohl unnöthig, die zahlreichen Formen des Irreseins dadurch noch zu vermehren und zu zersplittern, dass man ihnen je nach dem Lebensalter einen verschiedenen Namen gibt. Eine Erkrankung der Lungen verläuft unter andern Erscheinungen bei Kindern als bei Erwachsenen, es würde aber nur verwirren, wenn man desshalb eine andere Bezeichnung dafür aufstellen würde. Das im Werden befindliche geistige Leben muss bei seiner Erkrankung andere Erscheinungen bieten als nach seiner erlangten Reife.

Am gefährdetsten sind in diesem Lebensalter die Mädchen, bei denen die erbliche Belastung und das geschlechtliche Leben eine tiefgreifendere Rolle spielen als bei den Knaben. Nach erfolgter Geschlechtsreife ist die Gefahr der Erkrankung eine Reihe von Jahren hindurch geringer, und erst mit dem Eintritt in das Alter, wo die Ansprüche des Lebens neue Forderungen und Schäden mit sich führen, steigt die Gefahr der Erkrankung von Neuem zu grösserer Höhe an.

Das Alter der körperlichen und geistigen Entwicklungshöhe, die Zeit der vollen Kraftentfaltung zeigt die grösste Häufigkeit der Entstehung des Irreseins. Man darf aber eigentlich nicht sagen, dass dies Lebensalter der völligen Reife die Ursache zur Erkrankung ist, sondern in ihm ist nur die Gelegenheit dazu gehäuft. Das vorhandene Gleichgewicht wird durch äussere Umstände und Schädlichkeiten gestört, der innere Lebensvorgang als solcher ist im Ganzen unschädlicher; es ist hierdurch ein grosser Unterschied gesetzt gegenüber dem eben betrachteten Alter der Entwicklung und dem folgenden der Rückbildung, bei denen gerade die inneren Vorgänge der Person das Meiste beitragen. Die schwächenden Einflüsse des in Frage stehenden Alters der **Lebenshöhe** sind zu bezeichnen als körperliche und geistige Ueberanstrengungen, wie sie die Kämpfe und Stürme des Lebens mit sich führen. Die Sorgen des Berufs für den Mann, das Fortpflanzungsgeschäft und das Leben der Familie für das Weib, sind die wichtigsten Einflüsse dieses Lebensalters. Wenn also auch die Widerstandsfähigkeit als die grösste angesehen werden muss, so sind die eindringenden Schädlichkeiten in unverhältnissmässiger Weise gewachsen. Unter diesen mögen Alcoholismus und Syphilis besonders genannt werden. Eine Krankheitsform, die fortschreitende Paralyse, kommt hauptsächlich nur in diesem Lebensalter vor, wie es scheint unab-

hängig von erblicher Belastung, nur durch die berührten anderen Schädlichkeiten hervorgerufen.

In dem Lebensalter körperlicher und geistiger Rückbildung, der Involution, sehen wir dann wieder mehr Schädlichkeiten durch gerade diese inneren Vorgänge wirken. Wie der Eintritt, so ruft auch der Ausfall der Geschlechtsfunction tiefgreifende Umwälzungen der ganzen Persönlichkeit hervor. Schärfer abgegrenzt als bei den Männern tritt der Beginn dieser Zeit bei den Frauen hervor im **Klimacterium**. Trotzdem die Gefahren der Fortpflanzung bei ihnen nun fortfallen, ist mit dem Eintritt ins Klimacterium eine Steigerung der Erkrankungsanlage zu finden. Jedenfalls finden sich in diesem Alter, auch bei sonst gesunden Personen, ohne zu ausgeprägten vollen Psychosen zu werden, auffällige geistige Veränderungen bei Frauen; sie entfalten sich geistig oft gerade dann freier, und wird z. B. hervorgehoben, dass viele berühmte Schriftstellerinnen ihre besten Werke in dieser Zeit geschrieben haben.

Die uns noch oft wieder entgegentretende nahe Beziehung von Geruchstäuschungen und geschlechtlichen Reizen zu einander zeigt sich hier auch; wenn sich im Klimacterium bösartige Geschwülste in Brüsten und Eierstöcken einfinden, so sind dann auftretende geistige Störungen sehr oft von Gefühls- und Geruchstäuschungen begleitet.

Die regelmässig bei jeder Frau auftretenden geistigen Veränderungen scheinen nun zu den frühesten Zeichen des Eintritts der Wechseljahre zu gehören; meistens trübe Stimmungen, zuweilen auch heitere zeigen sich, Verdriesslichkeit und Reizbarkeit aber häufiger. Dem Klimacterium in der Wirkung gleich kann die künstliche Entfernung der Ovarien dienen, denn in fast allen Fällen treten, allerdings vorübergehend, nach der Castration der Frauen dieselben, namentlich aber trübe Verstimmungen auf, deren Uebergang in ausgesprochene Geistesstörung mehrfach beobachtet ist. Doch ist eine solche Wirkung nicht allein auf die Castration beschränkt, sondern findet sich ebenfalls nach Ovariotomien, Totalexstirpationen, ja überhaupt nach Laparotomieen; festzuhalten ist nur daran, dass die Castration u. s. w. ebenso wie das Klimacterium die Anlage zur geistigen Erkrankung vermehrt. Das vorwiegende Auftreten melancholischer Störungen drängt zu der Vermuthung, dass die Trauer über den Verlust der so wesentlichen weiblichen Eigenschaften in der Kette der hier wirkenden Ursachen eines der wichtigsten Glieder ist. Doch mag hier mehr als sonst ein Mittelglied durch das sympathische Nervensystem gebildet werden, das nach der Ansicht Vieler, durch Störung der Ernährung des Gehirns, die Hauptursachen der geistigen Erkran-

kungen reflectorisch vermittelt. Manche Begleiterscheinungen der regelmässigen Menstruation, wie die sog. heissen Uebergiessungen und sonstigen Blutwallungen, die sich im Klimacterium und nach Castration finden, sprechen entschieden für diesen Zusammenhang.

Bei den Männern hat die Zeit der Rückbildung eine viel grössere Ausdehnung; es kann nach Auslösung des Klimacteriums der Frauen eine gemeinsame Betrachtung der späteren Lebensjahre beider Geschlechter stattfinden. Das Zeichen der Involution aller Lebensvorgänge ist das Altern. Zusammenfassend spricht man vom **Greisenalter.** Die Thätigkeit des Gehirns ist durch den inneren Lebensvorgang geschwächt und hat man ein solches Gehirn daher ein invalides genannt, im Gegensatz zu dem rüstigen der früheren Jahre; man denkt dabei auch an die starren und verkalkten Gefässe. Bezeichnend für den Vorgang der Rückbildung ist ganz besonders das Wiederhervortreten des Triebartigen in Strebungen und Begehrungen, und wird dadurch das Zurückfallen auf die kindliche Stufe angedeutet, auf eine Verschmelzung der vorher gesonderten Empfindungen und Willensvorstellungen zu ursprünglichen Trieben. Das Absterben des Nervensystems findet nun gewissermassen in der umgekehrten Reihenfolge statt, in der es seine höchste Entfaltung erreicht hatte; das bekannteste Beispiel hierfür ist das Gedächtniss. Auch hier ist der mit erblicher Anlage verwickelte Einfluss der Involution ersichtlich, wenn z. B. Eltern und Grosseltern im gleichen Lebensalter unter gleichen Formen des Irreseins erkrankt waren. Wenn aber trotz der allmälich zunehmenden Schwäche der geistigen Thätigkeit die Häufigkeit der Erkrankungen mit zunehmendem Alter abnimmt, so muss man bedenken, dass die Zahl der zur Krankheit Veranlagten allmälich immer mehr durch wirklich schon früher eingetretene Erkrankung verringert ist, und dass die Sorgen und Aufregungen des Lebens in der Regel doch im Greisenalter zurücktreten. Die Krankheitsbilder zeigen neben rasch hervortretender geistiger Schwäche auch sehr oft Lähmungserscheinungen, die im Wesentlichen durch Gefässerkrankungen bedingt sind.

Erblichkeit.

Die in dem Abschnitt über das Lebensalter schon so oft hervorgetretene Bedeutung der Erblichkeit nimmt unser ganzes Interesse in Anspruch, indem wir uns der Betrachtung derjenigen Ursachen zuwenden, die ihren schädlichen Einfluss schon mehr auf den Einzelnen ausüben, aber doch noch unter dem Gesichtspunkt der Wirkung auf die Allgemeinheit zu untersuchen sind. Man muss weit ausholen,

um sich klar zu werden über die Beziehungen zwischen Erblichkeit und geistiger Krankheit. Es genügt nicht über die nächsten Vorfahren eines Kranken Nachrichten zu sammeln, sondern man muss versuchen, durch mehrere Generationen zurück, unter Umständen auch in den folgenden sein Augenmerk auf diese Beziehungen zu richten.

Es liegt eine grosse Fülle von Stoff zur Bearbeitung in dieser Frage bereit. Sie hat weit auseinander gehende Antworten gefunden. Auf der einen Seite ist man geneigt bei weitem die grösste Zahl aller geistigen Störungen auf erblicher Grundlage entstehend anzusehen; auf der anderen Seite ist dagegen angeführt, wenn Irresein so leicht von Eltern auf Kinder übertragen werden könnte, so wäre es nicht möglich, dass so viele Glieder einer erblich belasteten Familie freiblieben. Abgesehen nun von vielen zufälligen anderen Ursachen ist indessen doch zu beachten, dass ein Kind nicht nur Abkömmling seiner Eltern ist, sondern das Endglied einer langen Reihe von Vorfahren bildet. Alle Eigenthümlichkeiten derselben kann unmöglich ein Mensch erben, es geht eben immer nur ein Theil davon auf den Einzelnen über. Das Ueberspringen mancher Mitglieder einer Familie in der Vererbung der Eigenschaften findet sich zweifellos bewiesen durch Fälle, in denen sich überzählige Finger in mehreren Generationen nur bei einzelnen Familienmitgliedern finden. Es kommt vor, dass bestimmte Krankheiten, wie z. B. Haemophilie sich nur durch das männliche Geschlecht fortpflanzen, oder es wird eine Generation überschlagen. Diese Form der Vererbung, der Atavismus, ist auch beim Irresein nicht selten zu beobachten. Damit ist aber die Mannichfaltigkeit der Vererbungsarten noch nicht annähernd erschöpft. Das ganze Heer anderer Nervenkrankheiten kann das Zwischenglied werden. Aber auch verwandte Zustände, wie auffallende Charaktere, verbrecherische Neigungen, Neigung zu Selbstmord bilden in andern Fällen die Zwischenglieder. Es wird hieraus klar, wie gross der Spielraum ist, in dem die Erblichkeit geistiger und nervöser Störungen sich bewegt. Da nun die Auffassung aller dieser Zustände vielfach eine persönlich willkürliche ist und auch einer genauen statistischen Untersuchung aus demselben Grunde zu viele Fehlerquellen zugeführt werden, so wird es begreiflich, dass die Zahlenangaben über die Bedeutung der Erblichkeit so ausserordentlich schwanken. Wenn man denen folgt, die sich vorsichtig ausdrücken, so muss man aber sagen, dass sich im Mittel bei 30 bis 40% geistig Gestörter in ihrer Familie irgend welche der oben erwähnten Erscheinungsformen der Erblichkeit vorfinden. Man kann daher auch noch heutzutage daran festhalten, dass in dem weiteren oben ausgeführten Sinne Erblichkeit

die häufigste Ursache des Irreseins ist. In anderen Krankheitsgebieten scheint nur die Tuberculose in annähernd gleicher Ausdehnung erblich beeinflusst zu sein.

Bei dieser Wichtigkeit der Frage, die auch manche für den praktischen Arzt wesentliche Punkte berührt, ist es wünschenswerth, hier auch die Gesetze zu betrachten, nach denen die Erblichkeit zu verlaufen scheint.

Die Beantwortung der Frage, ob erworbene Eigenschaften auf den Keim übertragen werden können, oder ob Vererbung gebunden ist an den Keim selbst und seine continuirliche Fortpflanzung, ist auf anderen Gebieten theilweise so ausgefallen, dass die Vererbung unverändert und unbeeinflusst von den Geschicken ihrer Träger an die Continuität des Keims von Geschlecht zu Geschlecht gebunden ist; in der Psychiatrie sprechen indessen zahlreiche Erfahrungen dafür, dass auch eine Uebertragung erworbener Eigenschaften auf den Fortpflanzungskeim und damit auch deren Vererbung stattfindet.

Die Möglichkeit der Vererbung in gerader Linie ist zweifellos; nicht so sicher ist es, ob sie durch Seitenlinien stattfindet, wie z. B. vom Onkel auf den Neffen, da man diese Fälle fast immer zurückführen kann auf eine gemeinsame Grundlage in der früheren Generation, und weil das Ueberspringen des Vaters nach dem Gesetze des Atavismus den Vorgang dann endgültig erklärt. Trotzdem behalten Angaben über Irresein bei Seitenverwandten Werth, weil sie bei negativen Angaben über die Eltern des Kranken zu der Vermuthung berechtigen, dass erbliche Anlage schon in früheren Geschlechtsreihen vorlag.

Eine sehr grosse Steigerung erfährt die Wahrscheinlichkeit der Vererbung natürlich dann, wenn beide Eltern erblich belastet oder geisteskrank sind. Diese Gefahr ist so gross, dass jeder Arzt seinen ganzen Einfluss aufwenden sollte, um Heirathen zwischen Geisteskranken zu verhindern. Sicher würde viel Elend dadurch vermieden werden können. Viel geringer ist die Gefahr bei nur einseitiger Veranlagung; auch wird man sich strenge an die Auffassung halten dürfen, dass erworbene Geisteskrankheiten der Vorfahren, wie z. B. Paralyse, nur dann so bedenklich sind, wenn während ihrer Entstehung oder ihres Verlaufes Kinder gezeugt wurden. Aus der Häufung der Schädlichkeit aber, wenn die Anlage von beiden Eltern kam, erklärt sich zum Theil die Häufigkeit des Irreseins in gewissen gesellschaftlichen Kreisen, in denen die Heiraten unter wenigen Familien oder auch nur in diesen selbst vollzogen werden. Man findet diese Fälle bei Adelsfamilien und hier und da auch in ländlichen Fa-

milien, wo der Wunsch zur Zusammenhaltung des Besitzes zu ungenügender Kreuzung mit fremdem Blut, einer Art von Inzucht führt. Etwas Aehnliches besprachen wir schon bei den Einflüssen der Rasse, und fanden die Juden bedroht. Derselbe Grund ist für die auffallend häufige Erkrankung der englischen Quäker gefunden worden.

Entgegengesetzt früheren Ansichten gilt es jetzt als sicher, dass der Einfluss des Vaters bei der Vererbung der mächtigere ist; weil nun nach einem weiteren Gesetz die Vererbung vorzugsweise eine sogenannte gekreuzte zu sein pflegt, so ist hiernach eine stärkere Gefährdung weiblicher Familienglieder zu erwarten; die Erfahrung bestätigt dies nicht völlig, da Irresein der Mutter nach mehreren Angaben sich besonders leicht auf die Töchter vererben soll; dabei ist aber zu berücksichtigen, dass das Irresein der Mutter vielleicht überhaupt häufiger vererbt wird als das des Vaters.

Die durch mehrere Reihen von Geschlechtern fortgepflanzte erbliche Belastung führt allmälig zur **Entartung**; ihr Fortschreiten zeigt oft folgende Stufen. In den ersten Generationen findet man neben nervösen Erscheinungen das Schwinden ethischer Gefühle, es folgt ein Geschlecht, in dem Neigung zu Excessen hervortritt und wird besonders durch den so oft damit auftretenden Alcoholismus die Gefahr schon sehr gesteigert. Ist dann in der dritten Generation vielleicht Selbstmord oder eine affective Form der Geistesstörung vorhanden, so endet diese traurige Entwicklungsreihe in der letzten Generation meistens mit tiefer gehenden Geisteskrankheiten, wie angeborenem Blödsinn. Zum Glück kann man sagen, ist dies meistens der Schluss, denn entweder ist durch die angeborene Störung die Möglichkeit der Ehe ausgeschlossen, oder die Fähigkeit der Fortpflanzung erloschen. Die letzte Stufe lässt oft auch in dem Auftreten mannichfaltiger körperlicher Missbildungen und Entwicklungshemmungen die sogenannte organische Belastung erkennen.

Die Vererbung geschieht in Anbetracht der Form der geistigen Störung in zwei Weisen, die jede in ihrer Erscheinung sehr scharf ausgeprägt ist und nur selten verbindende Uebergangsformen findet. Die umfassendste enthält die Krankheitsbilder, die sich durch grosse Wandelbarkeit nicht nur eines jeden in sich selbst, sondern besonders auch unter einander beim Uebergang des einen auf das andere auszeichnen. Gerade diese Gruppe hat gelehrt, wie vielseitig die Beziehungen der Erblichkeit sind; alle die schon berührten Neurosen, ihnen verwandte Zustände, Trunksucht, verbrecherische Neigungen u. s. w. führen zu den mannichfaltigsten Erscheinungen durch Verer-

bung. Doch findet die gewöhnliche Ungleichartigkeit der vererbten Form auch in diesen Grenzen eine Beschränkung, denn die sogenannten affectiven Formen des Irreseins und die eigentliche Verrücktheit schliessen sich nach einigen Beobachtungsreihen bei der Vererbung aus.

Im scharfen Gegensatz zu der ungleichartigen Vererbungsart steht die gleichartige; sie ist indessen durchaus die seltenere. Besonders merkwürdig ist diese Erscheinung noch dadurch, dass die Erkrankung dann auch bei den Kindern in ganz demselben Lebensalter auftreten kann, wie bei den Eltern, oder unter ähnlichen Verhältnissen z. B. wenn Mutter und Tochter im Wochenbett erkranken. Am auffallendsten ist in dieser Beziehung die Vererbung der Neigung zum Selbstmord. Es sind Fälle mitgetheilt, in denen ein Mitglied einer Familie nach dem andern durch Selbstmord endete, obgleich sie durch Welttheile getrennt lebten. Die Thatsache, dass in diesen Fällen ungefähr das gleiche Lebensalter die Erscheinungen herbeiführt, beleuchtet den erblichen Vorgang, der eine Entwickelung der Keimanlage bis zu einem bestimmten Punkt führen muss, bei dem der unvermeidliche Schlussact in Erscheinung tritt; früher oder später, aber er tritt ein. Sogar bei Kindern findet man vom 5. Lebensjahr an Selbstmord auf erblicher Grundlage. Dieser Entwicklungsvorgang macht es uns auch verständlicher, weshalb eigentliche Geisteskrankheiten bei neugeborenen Kindern nicht beobachtet werden.

Wie schon angedeutet, ist auch die Wandelbarkeit der Erscheinungen des einzelnen gerade vorliegenden Krankheitsbildes bezeichnend für erbliche Belastung. Rasche und grosse Schwankungen der Stimmung, häufige Rückfälle, verhältnissmässig noch grosse geistige Leistungsfähigkeit finden sich hier neben ausgeprägten Krankheitszeichen. Aber auch hier zeigt sich andererseits zuweilen eine auffallende Gleichartigkeit im Verlauf der einzelnen Krankheitsanfälle bei einer Person. Bei Besprechung der periodischen Formen geistiger Störungen, die fast immer auf erblicher Grundlage entstehen, werden wir dies Verhalten näher ausführen.

Endlich sind hier noch einige Fragen zu berühren, die man früher geneigt war, in nahen Zusammenhang mit der Erblichkeit zu bringen. Man glaubte **Blutsverwandtschaft der Eltern,** ohne geistige Störung oder die Anlage dazu auf irgend einer Seite, genüge allein, um bei den Nachkommen Geisteskrankheit hervorzurufen. Nun ist diese Vermuthung aber widerlegt durch die neuere Statistik und durch Beispiele aus der Geschichte, wie z. B. die der ägyptischen Ptolemäer. Bei ihnen heiratete der künftige König, wie es scheint nach

einem Hausgesetz, immer seine Schwester, trotz dieser nächsten Inzucht sind geistige Störungen im Laufe von drei Jahrhunderten bei dieser Familie nicht besonders hervorgetreten. Sehr gross ist die Gefahr blutsverwandter Ehen eben nur bei vorhandener Veranlagung oder Krankheit. Auffallend bleibt indessen die interessante Beobachtung, dass Taubstummheit sehr oft im Gefolge der Ehen Blutsverwandter auftritt.

Ein anderer Punkt betrifft den **Zustand** der Erzeuger im **Augenblick der Zeugung** und Empfängniss. Im Rausch erzeugte Kinder sonst gesunder Eltern bringen geistige und nervöse Störungen zuweilen schon mit auf die Welt; hier genügte also schon die vorübergehende geistige Störung, die ein schwerer Rausch mit sich führt, zur dauernden Vererbung. Die Bedeutung der krankhaften Gehirnthätigkeit im Augenblicke der Zeugung zeigt sich auch in der weiteren Erfahrung, dass geisteskranke Personen in den Zwischenräumen zwischen einzelnen Irreseinsanfällen gesunde Kinder erzeugten; fand dies aber gerade um die Zeit des Ausbruchs einer Störung statt, so wurden die Kinder in der Regel später krank. Es ist nicht zu leugnen, dass diese Fälle theilweise nicht im gewöhnlichen Sinne erblicher Belastung gedeutet werden können, denn z. B. beim Rausch könnten chemische Vergiftungsvorgänge wirken; aber auch die Folgen dieser müssen doch als in der Keimanlage vererbt gedacht werden. So hat man auch vermuthet, das Ptomaïne bei der Zeugung Tuberculöser auf das Ei wirken. Aehnlich mag es sich verhalten mit der Entwicklungsstörung, die zuweilen durch heftige Gemüthsbewegung der Mutter während der Schwangerschaft auf das Kind ausgeübt wird. Wenn man auch gelernt hat, diesen Einfluss vorsichtiger anzunehmen als früher, so gibt es einwurfsfreie Beobachtungen dafür. Dass die Vererbung auch hier nur durch ein Mittelglied geschieht, wie im Rausch, ist nicht undenkbar, denn eine verderbliche Blutmischung im Körper der Mutter in Folge der Gemüthsaufregung ist nicht ausgeschlossen; jedenfalls würden auf den zarten kindlichen Organismus chemische Vorgänge leicht schädlich wirken.

Die Annahme, dass die Vererbung an eine bestimmte Keimanlage gebunden ist, wird unterstützt durch die schon mitgetheilte Beobachtung, dass bei erblich Belasteten der Ausbruch der Störung sehr oft in der Pubertätszeit stattfindet; der allgemeine Umschwung aller innern Lebensvorgänge zu dieser Zeit lässt es verstehen, dass auch jene Keimanlage in Mitleidenschaft gezogen wird.

Wenn man nun alle die genannten Beziehungen des Irreseins zur Erblichkeit zusammenzufassen versucht hat und eine eigene Form geistiger Störung unter dem Namen des erblichen Irreseins aufstellen

wollte, so ist dieser Versuch wie alle anderen ähnlichen ätiologische Eintheilungen zu machen, gescheitert, weil der einzelne Fall fast niemals nur eine einzige, auch nicht allein die erbliche Entstehungsursache zeigt. Die weitere Ausdehnung der Gruppe zu einer solchen, welche alle Formen enthält, die das Gepräge der Entartung in ihrem Verlauf an sich tragen, hat eine Abgrenzung auch nicht möglich gemacht. Wir werden noch mehrere Ursachen kennen lernen, die den ihnen folgenden Erkrankungen den Stempel der Entartung aufprägen, wie z. B. Kopfverletzungen und Alcoholismus. Aber immer ist die Verwickelung mehrerer Ursachen im einzelnen Fall das Hinderniss eine solche Gruppirung der Krankheitsformen nach Ursachen durchzuführen.

Verbrechen und Genie.

Im Anschluss an die Besprechung der Erblichkeit sollen hier noch zwei Punkte erörtert werden, deren Kenntniss von allgemeiner anthropologischer Bedeutung ist. Es ist das einerseits die Beziehung zwischen Verbrechen und Wahnsinn, andererseits zwischen Genie und Wahnsinn, wie die Schlagworte lauten. Zweifellos ist eine bedeutende Zahl von Verbrechen durch Geisteskranke verübt, und wird die Erkenntniss dieses Verhaltens mit der Zeit immer weitere Fortschritte machen. Es ist nachgewiesen, dass die schwersten Verbrecher in der Regel Stammbäume haben, in denen erbliche Belastung nachzuweisen ist. Wenn daraus die Beziehung der verbrecherischen Neigungen zu geistigen Störungen der Vorfahren klar wird, so ist es andererseits ebenso bemerkenswerth, dass die Nachkommen solcher Verbrecher sehr häufig geistig erkranken.

Sorgfältige Untersuchungen, auf lange Reihen von Beobachtungen gestützt, haben neuerdings besonders italienische Aerzte veröffentlicht Neben dem Nachweise, dass eine Anzahl von Verbrechern wilden Menschen ähnlich sind, wofür unter anderen Gründen besonders häufiges Tättowiren angeführt wird, ist durch verschiedene Gründe belegt, dass der geborene Verbrecher (dem der häufigere Gelegenheitsverbrecher entgegensteht) Irrsinnigen oder Epileptischen gleicht. Es werden Veränderungen des Schädels, des Gehirns und mangelnde Entwicklung ethischer Gefühle nachgewiesen; wenn daneben die Verstandesthätigkeit oft verhältnissmässig gross erscheint, so sind alle diese Erscheinungen auch bei gewissen Formen des Irreseins vorhanden. Andere, beiden Gruppen gemeinsame Merkzeichen sind die häufigen Rückfälle, unabhängig von guter oder schlechter Behandlung, guten oder schlechten

äusseren Lebensbedingungen, nur bedingt durch den angeborenen innern Lebensvorgang. Durch den Atavismus findet eine sprungweise, dem Beschauer oft verborgene Vererbung dieser Zustände statt. Wir werden unter den Formen des Schwachsinns später auch diesem, oft als „moralisches Irresein“ bezeichneten Zustande geistiger Störung begegnen. An dieser Stelle wollte ich nur auf die erbliche Grundlage auch dieser Form hinweisen, die sich im weiteren Verlauf des einzelnen Falles oft sehr bestimmt ausprägt.

Die andere Beziehung betrifft das Verhältniss zwischen Genie und Wahnsinn. Es ist in der That höchst auffallend, wie viele geniale Menschen aus erblich belasteten Familien abstammen, wie viele selbst erkranken und wie viele von ihnen schwachsinnige Geschwister oder Kinder hatten; endlich ist es oft beobachtet, dass mit einem grossen Genie ein Geschlecht unerwartet ausstirbt. Alle diese Erscheinungen sind bezeichnend für das erbliche Verhältniss. Ich würde den Rahmen des kurzen Lehrbuches verlassen, wenn ich die zahlreichen Beispiele für diese Ansicht aus der Geschichte aufzählen wollte; sie sind in den grösseren Werken schon oft in fesselnder Weise erörtert worden, und mag es genügen auf dieses anthropologische Räthel hingewiesen zu haben. Ein volles Verständniss haben wir nicht dafür; auch wird die Beurtheilung und Behandlung der geistigen Störungen dadurch nicht gefördert. Man denke aber auch noch an die ungeheure Zahl hochbegabter Menschen, die zu Grunde gehen als verkannte Genies; die Ungunst der Verhältnisse erlaubt ihnen keine Entfaltung ihrer Fähigkeiten. Die grosse Ausdehnung der Linie, auf der Genie und geistiger Untergang sich berühren, zeigt sich auch bei dieser Betrachtung.

Das auch in der Regel ererbte oder doch angeborene Temperament des Einzelnen kann man nicht ganz sicher als Ursache geistiger Störung auffassen. Wenn es Thatsache ist, dass Menschen mit dunklen Haaren und der dunkleren Hautfärbung in Europa im Verhältniss häufiger an Melancholie erkranken als die blonden und hellen, wie sie überhaupt trägere Lebensäusserungen und düsterere Ansichten und Auffassungen der Dinge zeigen, so haben wir doch kein Verständniss für den psychologischen Zusammenhang; die Meinung der Alten, dass schwarze Galle den Zustand geistiger Verstimmung hervorrufe, gab ihm ja den Namen. Die verschiedenen Arten des Temperaments der Menschen beeinflussen die geistige Störung scheinbar nur insofern, als sie ihr eine bestimmte Färbung geben.

Erziehung.

Zu den entfernteren und die einzelne Persönlichkeit gefährdenden Ursachen kann die Erziehung gehören. Ihr idealer Zweck ist natürlich durch eine gleichmässige Ausbildung aller Eigenschaften des Körpers und Geistes auch die Gefahren zu beseitigen, die zum Irresein führen. Da die Erziehung aber heutzutage diesen idealen Gesichtspunkt kaum verfolgen kann, sondern die Vorbereitung auf die Anforderungen unseres heutigen Lebens übernehmen muss, so ist sie gezwungenermassen oft eine einseitige geworden. Ich will hier gar nicht reden von der traurigen Vernachlässigung der körperlichen Erziehung, wodurch allerdings die Wirksamkeit der Fehler der geistigen Erziehung sehr gesteigert wird. Am gefährlichsten sind Fehler in der Erziehung, wenn sie zusammentreffen mit erblicher Empfänglichkeit. Allzu grosse Strenge wie zu grosse Nachsicht können gleich schädlich wirken. Leidenschaften und Wünsche der Kinder müssen massvoll geregelt werden, damit die Gewöhnung an Selbstbeherrschung nie von ihnen vergessen wird. Die einseitige Ausbildung der geistigen Fähigkeiten, die Überanstrengung des Gedächtnisses durch Auswendiglernen bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Gemüthsanlagen, erzeugen wohl sogenannte Wunderkinder, die aber wie Treibhauspflanzen hinwelken, wenn sie hinaustreten ins Leben. Es ist eine dankenswerthe Aufgabe des Arztes, die Pädagogik in diesem Sinne zu beeinflussen, damit in Schule und Haus nicht so viel mehr gesündigt werde. Es wird mit Recht diesen beiden vorgeworfen, dass das Kind zu früh, zu viel und unter ungünstigen gesundheitlichen Verhältnissen arbeiten müsse. Knaben haben zuweilen 50—60 Stunden geistiger Arbeit in einer Woche und dabei vielleicht nur 2 Turnstunden. Noch verkehrter aber ist in mancher Beziehung die Art der Erziehung vieler Mädchen der höheren Stände. Namentlich die Pensionate sind bedenkliche Einrichtungen für manche im Schooss der Familie bis dahin behütete Mädchen. Nicht allein lasterhafte Neigungen, ungesunde Wohnungs- und Luftverhältnisse grosser Städte, wirken dann schädigend, sondern besonders auch das Einpfropfen von Kenntnissen, die im Leben voraussichtlich nie verwandt werden. Was nützt eine Halbbildung über Kirchengeschichte, griechische Theater, Chemie und Astronomie den Mädchen? Freilich oft genug will man jedem Mädchen dieser Stände dadurch die Möglichkeit offen halten, einmal Lehrerin zu werden. Man sollte aber die Zahl dieser vergeblich Arbeitenden überhaupt beschränken, denn es ist ein Ueberfluss an halbausgebildeten Lehrkräften weiblichen Geschlechts vorhanden, oder der Staat gebe ihnen ein weiteres Feld der Erziehung,

z. B. auch von Knaben, wie das in Amerika der Fall ist. Die Männer haben sich wahrhaftig genug Berufs- und Erwerbsquellen im Kampf ums Dasein verschafft, und es würde wahrlich nicht ihr Nachtheil werden, wenn sie den Frauen und Mädchen einen grösseren Einfluss auf die Erziehung der Knaben auch in der Schule verschafften. Im Laufe der Zeit würde die Widerstandsfähigkeit des weiblichen Geschlechts gegen geistige Anstrengungen sicher wieder wachsen, die jetzt freilich in Folge der Jahrhunderte dauernden Entwöhnung geschwächt ist. Denn es ist eine traurige Thatsache, dass junge Lehrerinnen und Erzieherinnen oft geistig erkranken und zwar im Ganzen mit ungünstigen Aussichten auf Genesung. Man muss dabei vor Allem auch noch die schiefe gesellschaftliche Stellung in Betracht ziehen, die sie meistens einnehmen; namentlich der schlechte Lohn ihrer Arbeit schützt sie nicht vor anderen Sorgen. Ueberhaupt ist ihre gesellschaftliche Stellung dabei eine unglückliche, die man treffend mit einer Art geistiger Einzelhaft verglichen hat; denn sie müssen mit sich allein bleiben in Familien, wo sie nicht voll mit gerechnet werden, aber auch nicht mit den Dienstboten verkehren können.

Beruf.

Wir gehen nunmehr über zu dem Einfluss des Berufes auf die Entstehung geistiger Störungen. Schon die Erziehung zeigte uns, dass einseitige geistige Ueberanstrengung die bedenklichsten Wirkungen ausübte. Es kann daher nicht überraschen, dass Gehirn- oder Kopfarbeiter mehr gefährdet sind als Muskelarbeiter. Unter den ersteren sind Künstler am meisten in Gefahr zu erkranken; schon unter gewöhnlichen Umständen sehen wir wie aufreibend die andauernde Beschäftigung mit Musik wirkt. Nervöse Zustände aller Art, namentlich Schlaflosigkeit sind rasch auftretende Wirkungen; Reizbarkeit im häuslichen Leben zeigt sich leicht. Uebereinstimmend mit dieser Erfahrung ist es, dass gerade viele geniale Musiker geisteskrank geworden sind oder an verwandten Krankheiten starben. Gleich neben den Künstlern sind die Schauspieler zu nennen wegen der Gefahr der Erkrankung in Folge ihres Berufes. Erschöpfend wirken auch die häufigen Aufregungen kaufmännischer Speculationen, und verfallen diese Kaufleute dann meistens dem fortschreitenden Blödsinn mit Lähmung. Es ist nicht möglich, alle Berufsarten hier aufzuzählen die besonders zum Irresein neigen; immer ist es ein verwickelter Vorgang, der die verschiedenen Schädlichkeiten mit einander verknüpft. Wenn z. B. Officiere auffallend oft erkranken, so tragen dazu oft

zahlreiche Gründe bei; Excesse aller Art neben strammem Dienst ohne genügende körperliche Erholung, Ehelosigkeit und daher unruhiges häusliches Leben, der Widerspruch zwischen socialen Ansprüchen und Leistungen, der lähmend auf jedes äussere Auftreten wirkt u. s. w. Auch im Felde ist der Krieger natürlich zahlreichen Ursachen der Erkrankung ausgesetzt. Strapazen, erschöpfende Krankheiten und Verwundungen, gewaltige Gemüthsaufregungen verschiedenster Art sind Quellen genug zu häufigem Erkranken.

Verwickelter Natur sind ferner die Ursachen für die häufige Erkrankung von Prostituirten, Matrosen und einigen diesen Berufsarten nahe stehenden niederen Volksklassen; Trunk, Elend, Syphilis und sexuelle Ueberreizung theilen sich das Gebiet. Unter den Prostituirten sind auch viele Belastete. Neuerdings ist eine neue Berufsart, die bis dahin sogar geschützt zu sein schien, als besonders veranlagt genannt worden: das Darniederliegen der Landwirthschaft hat z. B. in England eine grössere Zahl von kleinen Gutsbesitzern in Anstalten geführt als früher. Die Unmöglichkeit den Zusammenbruch der Wirthschaft abzuhalten, ist es hier, die eine andauernde geistige Erschütterung hervorruft und den Zusammensturz der geistigen Widerstandsfähigkeit mit sich führt.

Wie leicht einzusehen ist, werden wir den Beziehungen des Berufs zur Entstehung geistiger Störungen noch mehrfach bei der weiteren Ausführung dieses Abschnitts begegnen; ich will daher hier nur noch darauf aufmerksam machen, dass die Berufslosigkeit eine Quelle des Irreseins werden kann, wie das manchen Schädlichkeiten ausgesetzte Leben der Vagabunden nur zu oft beweist. Aber gerade hier ist auch wieder daran zu denken, dass das planlose Umherschweifen oft schon ein Zeichen der vorhandenen Krankheit ist.

Auch bei Gefangenen tritt Geistesstörung oft auf; hervortretende Ursachen dabei sind Selbstvorwürfe, Gewissensbisse und der Einfluss der Einzelhaft, die beängstigende Sinnestäuschungen plötzlich entstehen lässt. Die verwickelte Natur der geistigen Einflüsse, zu denen Sorgen und Kummer sich gesellen, stellt hier aber schon in vielen Fällen die psychischen Ursachen voran.

B) Nur auf den Einzelnen wirkende Ursachen.

Wenn wir uns den einzelnen Menschen im Mittelpunkt vieler einander umgrenzender, allmälig kleiner und enger werdender Kreise stehend denken, können wir uns mit diesem Bilde die Wirksamkeit der Schädlichkeiten vorstellen, wenn wir sagen, dass die bisher erör-

terten Ursachen in weiteren Kreisen lagen. Je enger dieselben sich um den Mittelpunkt legen, um so näher und wirksamer sind die in diesen Kreisen auf die Psyche des Einzelnen wirkenden Schädlichkeiten. Sie bleiben immer noch mittelbare. Es wird aber der Uebergang von den veranlagenden zu den unmittelbaren schon deutlicher kenntlich. In einem dieser näheren Kreise wollen wir uns nun die sogenannten körperlichen Ursachen liegend denken. Das Bild beansprucht nicht die Thatsachen ganz wiederzuspiegeln, ja auch früher genannte Ursachen wie die Erblichkeit bedürfen der körperlichen Grundlage. Indessen ist die Zusammenfassung der in der nächsten Gruppe aufzuzählenden Ursachen als der körperlichen durch den Gebrauch eingeführt und berechtigt.

Körperliche Ursachen.

Gehirn und seine Häute.

Bei den körperlichen Ursachen wollen wir zuerst daran denken, dass körperliche Krankheiten überhaupt fast ohne Ausnahme die Stimmung beeinflussen. Man erinnere sich der gedrückten Stimmung der Magen- und Unterleibskranken, der Angstzustände bei Störungen im Kreislauf, ferner der eigenthümlich sorglosen und lebensfrohen Stimmung mancher Schwindsüchtiger, Zustände, die wir später noch etwas näher zu erörtern haben werden; es wird aber schon aus diesen Beispielen klar, dass Einflüsse, je unmittelbarer sie die Hirnrinde treffen, desto gefährlicher sind. Obwohl nun die angedeutete Betrachtungsweise, bei der wir den Gefährdeten im Mittelpunkte ursächlicher Kreise annehmen, verlangen würde, dass wir vom Entferntern zum Nähern schreitend zuerst die entfernteren Organe und erst zuletzt das Hirn selbst betrachten, so ist der umgekehrte Weg hier doch besser, da die **Veränderung der Hirnrinde** bei allen diesen Ursachen hervortritt, daher zuerst gekannt sein muss. Zu solchen Einflüssen gehört zweifellos in wesentlichster Weise die Blutüberfüllung der Hirnrinde, vielleicht begleitet sie sogar zeitweise jede Form geistiger Störung. Entweder wird bei der Blutüberfüllung die Erhöhung des Hirndruckes schädlich sein oder die allmälich eintretende Veränderung und Ernährung der Gewebe. Doch liegt die Sache nicht so, dass unbedingt geistige Störung eintreten muss, denn ein Ausgleich ist bei dem reichen Gefässnetz der Hirnrinde noch lange möglich. Wo dieser nicht eintritt, ist Schlaflosigkeit die regelmässigste Folge, aber auch sonst zeigen sich oft Unruhe, Reizbarkeit, Gedankenflucht

und Sinnestäuschungen. Sonnenstich ist als Ursache einer solchen Blutüberfüllung der Hirnrinde anzusehen. Blutüberfüllung der Hirnrinde ist aber auch Begleiterscheinung mancher Hirn- und Hirnhauterkrankungen. Bei der anatomischen Zusammengehörigkeit der Blutgefässe in den weichen Hirnhäuten und der Hirnrinde erklärt sich diese Thatsache leicht. An die Wichtigkeit der dadurch gesetzten **diffusen Veränderungen** im Hirngewebe mag hier erinnert werden; aber auch herdartige Erkrankungen können ähnliche Krankheitsbilder hervorrufen, wenn sie in der Rinde und mit diffusen Veränderungen in ihrer Umgebung auftreten. Oft wird es freilich auch nicht dazu kommen, sondern schon die Ueberschwemmung der Rinde mit gewissermassen giftig wirkenden Bestandtheilen des im Ueberfluss zuströmenden oder sich stauenden Arterienblutes führt zu Reizzuständen. Blutmangel oder venöse Stauung, auch wenn sie plötzlich durch Lähmung der Gefässnerven eintreten, setzen dagegen die Reizbarkeit herab; auch hier ist der Vergleich mit einer Vergiftung naheliegend, wenn man an die Ueberfüllung des gestauten Venenbluts mit Kohlensäure denkt, die zur raschen Erstickung der Hirnrinde führen kann, wie man treffend gesagt hat. Eine der auffälligsten Erscheinungen von Blutmangel in der Hirnrinde ist Schlafsucht; Benommenheit bis zur Bewusstlosigkeit, zuweilen gleichzeitig mit Krämpfen, können sich daraus entwickeln, wenn die Blutleere rasch eintritt. Ihr langsameres Eintreten führt zu Gedächtnisschwäche, überhaupt Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit. Da aber oft genug Schwankungen des Inhalts der Hirngefässe stattfinden, ist auch der Wechsel der Erscheinungen ein häufiger bei den meisten Erkrankungen des Hirns und seiner Häute.

Jede Form der **Meningitis** kann geistige Störungen mit sich führen; es ist nicht möglich, die einzelnen Arten nach ihren Wirkungen zu unterscheiden. Ausser Meningitis haben noch Hirnblutungen, Erweichungsherde, multiple Sclerose, allgemeine Hirnsclerose, Gliose, Geschwülste aller Art, Cysticerken und Echinococcen, wenn sie diffuse Veränderungen in der Umgebung hervorrufen, im Allgemeinen geistige Schwächezustände zur Folge, die nach dem anatomischen Sitz der Störung sich mehr oder weniger mit Lähmungserscheinungen verbinden. Die dazu gehörigen Gefässschwingungen und Gefässinhaltsschwankungen führen vielfach Aufregungszustände mit sich.

Der Zusammenhang von geistiger Störung mit Erkrankungen des Schädels, namentlich angeborenen, wird an anderer Stelle erörtert.

An diese Gruppe schliesst sich diejenige der durch **Gehirnerschütterungen** und **Kopfverletzungen** hervorgerufenen geistigen Störungen.

Auf das Gehirn fortgeleitete Entzündungen des Schädels und der Hirnhäute entstehen nach Erschütterungen und Kopfverletzungen. In der Hirnsubstanz selbst rufen sie Störungen der Blutbewegung in der Rinde, davon abhängige Ernährungsstörungen und die psychische Erkrankung hervor. Diese schliesst sich entweder sofort an die Verletzung oder zeigt sich erst nach längeren Zwischenräumen. Wenn eine Gehirnerschütterung sofort zur Krankheit führt, so zeigen sich neben Kopfschmerzen, Schwindel und ängstlichen Sinnestäuschungen sensible und namentlich motorische Störungen, wie z. B. enge Pupillen, Zähneknirschen, auch Lähmungen; diese Zeichen der Gehirnerschütterungen pflegen zwar meistens rasch zurückzugehen, am längsten bleiben die motorischen Störungen, aber daneben findet sich mindestens für längere Zeit Rathlosigkeit und eine abgeschwächte geistige Leistungsfähigkeit mit grosser Reizbarkeit. Bei vielen Fällen ist aber der weitere Verlauf ein höchst ungünstiger und es stellt sich dauernde geistige Schwäche ein. Auch die langsam sich entwickelnden Fälle haben das Gepräge der Reizbarkeit und Schwäche von Anfang an; mehrfach sind auch epileptische Krämpfe beobachtet worden, ohne dass eine örtlich nachweisbare Herderkrankung vorhanden war. Diese Personen sind leicht erschöpfbar und zeigt sich dies z. B. auch in der geringen Widerstandskraft bei Genuss kleiner Mengen von Alcohol; auch findet die Unruhe ihren Ausdruck in häufigem Vagabundiren. Obwohl sich nicht leugen lässt, dass die meisten nach einem Trauma auftretenden geistigen Störungen in der grossen Reizbarkeit, Rathlosigkeit und vielfach rasch auftretenden geistigen Schwäche gemeinsame Kennzeichen haben, so ist ihre Zusammenfassung unter dem Namen **traumatisches Irresein** doch nur ein Sammelbegriff, der die verschiedenartigsten Ursachen und Krankheitserscheinungen umfassen muss. Die Folgezustände der heutzutage so häufigen Unglücksfälle auf Eisenbahnen haben manches Gemeinsame in ihrem klinischen Krankheitsbilde, unmittelbar durch die mechanische Erschütterung lassen sie sich aber lange nicht immer erklären, sondern bedarf es dazu der gleichzeitigen psychischen Erschütterung. Andrerseits schafft die körperliche Erschütterung oft den Boden, auf dem sich Psychosen der verschiedensten Art ausbilden, oder die schon vorhandene Anlage findet bei einem Unfall ihre Entwicklung. Die Wichtigkeit solcher Anlage geht hervor aus den zahllosen Kopfverletzungen heftiger Art, an die sich keine Psychosen anschliessen, namentlich bei Kindern.

Eine Schilderung der sogenannten traumatischen Neurosen, die für den Gerichtsarzt grosse Wichtigkeit haben, gehört in ein Lehr-

buch der forensischen Psychiatrie; es sei aber bemerkt, dass manche der bei ihnen auftretenden psychischen Veränderungen sich decken mit Erscheinungen, die später bei der Seelenstörung mit Neurasthenie geschildert werden.

Gleichzeitige Erkrankungen des Rückenmarkes, der Nerven und des Sympathicus.

Ein zuweilen kaum merkbarer Uebergang in dem Auftreten der klinischen Merkmale findet statt bei den Ursachen, die im Gehirn und Rückenmark gleichzeitig auftreten. Es ist hierbei nicht nur an die inselförmigen und strangartigen Sclerosen des Centralnervensystems zu denken, sondern besonders an **Tabes**. Zuweilen verbindet sie sich klinisch so eng mit dem Krankheitsbilde der progressiven Dementia paralytica, dass sie untrennbar davon ist; es kann aber Tabes mit ihren körperlichen Erscheinungen selbstständig neben einer geistigen Störung auftreten, so dass der Zusammenhang nicht sicher ist. Indessen gibt es einzelne Zeichen, die durch ihr regelmässiges gemeinsames Auftreten zu dem Schluss zwingen, dass die Tabes und die Psychosen gemeinsame Grundlagen haben, es sind dies besonders Verfolgungsdelirien mit Sinnestäuschungen. Namentlich am Ende des Verlaufes der Tabes entwickelt sich oft geistige Schwäche. Die neuere Auffassung der Tabes als einer Erkrankung des gesammten Centralnervensystems und nicht des Rückenmarks allein, bedarf auch zur Erklärung des ursächlichen Zusammenhanges mit geistiger Störung nicht des Zwischengliedes vasomotorischer Störungen, sondern nimmt einen unmittelbaren Zusammenhang der Gewebserkrankung in Hirn und Rückenmark an.

Die Vermittelung durch das **vasomotorische Nervensystem** scheint aber zur Erklärung unumgänglich bei den **allgemeinen Neurosen, Neuralgieen** und Nervenverletzungen. Man findet in diesem Zusammenhang zuweilen geistige Störungen leichterer Art bei **Morbus Basedowii**, namentlich als leichte Verstimmbarkeit hervortretend. Die Besserung geht einher mit Besserung der Erscheinungen des Grundleidens. Irresein ist eine nicht seltene Begleiterscheinung der **Chorea**. Die Störungen sind Schreckhaftigkeit, Vergesslichkeit, Reizbarkeit, die sich besonders nach den ununterbrochenen Bewegungen und nach dem gestörten Schlaf finden. Die fast künstliche Steigerung beider Erscheinungsreihen zeigte die Tanzplage des Mittelalters. Eine der für die Praxis wichtigsten Ursachen des Irreseins ist die **Epilepsie**, da

häufig mit ihr verbundene Zustände die gerichtliche Begutachtung erfordern; aber auch sonst ist die Beziehung eine vielseitige. Nicht nur die Bewusstseinspause des eigentlichen Anfalls kommt hier in Betracht, sondern einerseits dauernde Charakterveränderungen, andrerseits ausgeprägte volle vorübergehende Krankheitsbilder, deren zusammenfassende Beschreibung an anderer Stelle geschieht. Ebenso ist der Einfluss der **Hysterie** auf die Entwicklung und die Form geistiger Störungen ein so vielseitiger, dass ihre besondere Schilderung vorbehalten bleiben muss. Verwickelt sind die Krankheitsbilder um so mehr, wenn die zu Grunde liegende Neurose schon eine Verbindung von Hysterie und Epilepsie ist.

Noch deutlicher als bei diesen Neurosen tritt die vasomotorische Vermittelung zu Tage bei einigen **Neuralgieen**; der Zusammenhang tritt besonders deutlich auf, wenn die Schmerzanfälle periodisch die geistige Störung einleiten. Fast wie bei einem Experiment ist der Anfall in einzelnen Fällen durch Druck auf bestimmte Druckpunkte im neuralgischen Nervengebiet zu erzielen; auch nach Operationen verschiedenster Art, Staarextractionen, schmerzhaften Panaritien, bei denen empfindliche Nerven verletzt wurden, sind vorübergehende Aufregungszustände vorgekommen; die Erinnerung dafür fehlt meistens nachher und zeigen diese Zustände dadurch eine gewisse Verwandtschaft mit geistigen Störungen, die nach epileptischen Anfällen auftreten. Auch die unter der Form des **Kopftetanus** bekannte Art des Tetanus, bei der Kopfverletzungen vorausgingen, zeigt zuweilen Aufregungszustände, die wohl reflectorisch entstanden zu denken sind; an diesen Zusammenhang wird man selbst dann noch denken dürfen, wenn die Vermuthung sich bestätigen sollte, dass Tetanus überhaupt, besonders aber dieser mit hydrophobischen Erscheinungen verlaufende Kopftetanus durch bestimmte Bacillen bedingt ist. Oder man muss hier, wie bei der Lyssa an chemische Reizzustände des Gehirns denken. Ob die **Paralysis agitans** begleitende geistige Veränderung auch reflectorisch durch den beständigen Reiz zitternder Muskelgruppen zu erklären ist, lässt sich nicht entscheiden.

Das gesammte Gebiet der **Hautnerven** kann durch Erkrankung der Haut krankhafte Störungen vermitteln; schon geringe Hautausschläge peinigen unter gewöhnlichen Verhältnissen den Betroffenen sehr und machen verdriesslich und reizbar; bei veranlagten Personen können sie die Krankheit zum Ausbruch bringen oder ihre Färbung bedingen. Auch die Endausbreitungen anderer **Sinnesnerven** können durch ihre Erkrankung Sinnestäuschungen und dadurch Geistesstörung hervorrufen. Dagegen ist es von grundlegender Bedeutung diesen

selteneren peripheren Ursachen der Sinnestäuschungen gegenüber zu betonen, dass diese meistens central bedingt sind; die Unterscheidung dieses Verhaltens nimmt einen breiten Platz in der Lehre von den Sinnestäuschungen ein.

Allgemeine Blutarmut und schwächende Erkrankungen innerer Organe.

Wir wenden uns jetzt zu einer anderen Gruppe körperlicher Zustände und Krankheiten, die als entferntere Ursachen für geistige Störungen eintreten können, die aber nicht nur durch die eben besprochenen vasomotorischen oder reflectorischen Wege vermittelt werden, sondern bei denen in der Regel auch noch eine **allgemeine andauernde Anämie** ein Zwischenglied ist. Damit ist allerdings die Erklärung des Zusammenhangs noch nicht gegeben und muss man sich damit begnügen, diesen festzustellen. **Lungenleiden** aller Art sind hierher zu zählen, die ursächliche Bedeutung der **Tuberculose** ist indessen nicht sehr gross. Ebenfalls wird die Bedeutung der **Herzkrankheiten** für das Zustandekommen von Psychosen vielfach noch überschätzt, insofern der Zusammenhang sich durch die allgemeine Anämie erklärt. Bei einigen Herzfehlern ist auch Blutüberfüllung des Hirns durch Stauung vorhanden; bei diesen zeigen sich vorzugsweise ängstliche Aufregungszustände, während bei allgemeiner Abschwächung des Kreislaufes und Anämie gedrückte Stimmungen vorherrschen. Natürlich gehen reflectorische Wirkungen von Herzpalpitationen und Herzbeklemmungen unlösbar mit in die Entwicklung solcher Krankheitsbilder ein. Alle Herzkranken sind reizbar; bei gleichzeitigen geistigen Störungen äussert sich oft die eigenthümliche Unruhe und Unstetigkeit triebartig in Gewaltthätigkeiten. Eigenthümlicher Weise machen Aortenklappenfehler gewöhnlich hiervon eine Ausnahme, obwohl sich gerade hier die Stromschwankungen und Gefässschwingungen sicherlich bis mitten ins Gehirn hinein fortpflanzen müssen, wie der Capillarpuls zeigt; möglicherweise ist aber die Hirnrinde geschützt durch ihr reiches Gefässnetz. Gelegentlich führen aber doch auch hier starke Anstrengungen zu längerer Blutüberfüllung der Hirnrinde und zu Aufregungszuständen. Durch Hirnblutungen und Embolieen kann natürlich auch ein Zusammenhang vermittelt sein.

Bemerkenswerth ist die Entwicklung von Schwachsinn nach operativer Entfernung der **Schilddrüse**; man denkt sich die Wirkung als Folge des veränderten Blutkreislaufes im Gehirn, wobei man die

Schilddrüse als einen Blutbehälter zur gelegentlichen Entlastung des Gehirns anzusehen geneigt ist.

Von jeher hat man grossen Werth auf **Verdauungsstörungen** gelegt als ursächliches Moment für Geistesstörungen. Schon mangelnder Appetit und das Gefühl der Uebelkeit rufen gedrückte Stimmung hervor. Die zahlreichen Nervengeflechte des Unterleibes vermitteln reflectorisch diese Reizzustände. Auch die Möglichkeit der Aufsaugung giftiger Stoffe, z. B. von Schwefelwasserstoff durch die Blutsäule ist ins Auge gefasst worden. Unregelmässige Blutvertheilung im Unterleibe, Stauungen im Pfortadersystem spielen sicher eine Rolle, wenn auch nicht die umfassende, die frühere Zeiten ihr zuschrieben. Am Wichtigsten aber wird die Beeinträchtigung der allgemeinen Ernährung sein, nur muss man sich hüten, hier Ursache und Wirkung zu verwechseln, denn Verdauungsstörungen mit ihren Folgen finden sich bei vielen geistigen Störungen, hervorgerufen durch unregelmässige Nahrungsaufnahme und nervöse Störungen in der zu Grunde liegenden psychischen Erkrankung. Durch Darmschmarotzer hervorgerufene Psychosen finden sich vielleicht nur bei Kindern.

Die psychischen Störungen im Gefolge von **Nierenkrankheiten** müssen wir durch acute oder chronische Uraemie bedingt ansehen; ihre Zahl ist nur eine kleine. Sie gehören zum Theil schon in das, Gebiet der Vergiftungen durch Zerfallsproducte des Stoffwechsels. Aehnliches wird der Fall sein bei dem Coma nach Diabetes. Andererseits ist daran zu erinnern, dass man in England sehr oft chronische Nierenerkrankungen und Geisteskrankheiten nebeneinander findet und dort glaubt, beide auf die gemeinsame Grundlage von Gefässerkrankungen zurückführen zu müssen.

Erkrankungen der Geschlechtsorgane und Störungen ihrer Function.

Indem wir uns der Gruppe der durch Erkrankungen der Geschlechtsorgane bedingten Ursachen zuwenden, muss betont werden, dass die Werthschätzung dieser Einflüsse zur Zeit den verschiedensten Ansichten begegnet. Während einige Beobachter den Einfluss dieser Erkrankungen namentlich beim weiblichen Geschlecht für sehr häufig halten, wollen andere sie nur als durchaus nebensächlich gelten lassen. Eine die Mitte suchende Ansicht trifft hier wahrscheinlich das Richtige. Einig sind sich indessen die meisten Beobachter darüber, dass Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane nur eine geringfügige ursächliche Rolle spielen. Bei den Frauen sind nun

Gewebs- und Lageveränderungen des Uterus mit entzündlichen Zuständen wichtig; kommt es auf dieser Grundlage auch nicht sehr oft zu vollen geistigen Krankheitserscheinungen, so dürften doch in weitaus den meisten Fällen nervöse Störungen und solche der Stimmung nicht fehlen. Aehnlich wirken Scheidenkatarrhe, Geschwüre des Uterushalses, Neubildungen u. s. w. Hervorgehoben werden muss, dass eine erotische oder hysterische Färbung des Krankheitsbildes oft *nicht* vorhanden ist. Zuweilen verstärkt die in Folge von Genitalleiden entstehende Unfruchtbarkeit auf psychischem Wege durch gedrückte Stimmungen die genannten Einflüsse, oder es ist dieser Kummer der unmittelbare, alleinige Grund der folgenden geistigen Störung. Die Störungen der **Menstruation** sind unter dem doppelten Gesichtspunkt von Ursache und Wirkung zu betrachten; den Einfluss des physiologischen Aufhörens derselben haben wir beim Klimacterium berührt. Wenn es auch zweifelhaft bleibt, ob Menstruationsstörungen oft geistige Erkrankungen hervorrufen, so ist ihr Verlauf doch sehr oft dadurch beeinflusst, und man kann häufig beobachten, dass ihr Ausbleiben mit Steigerung der Erregung zusammenfällt, ebenso wie es sicher ist, dass bei manchen geisteskranken Frauen zur Zeit der Menstruation die Krankheitserscheinungen heftiger auftreten.

Geschlechtliche Ausschweifungen können zweifellos Psychosen erzeugen, oft sind sie aber auch schon ein Zeichen der geistigen Krankheit. Es ist sicher nicht so sehr der Säfteverlust als die erschöpfende nervöse Wirkung, die dann den Hauptantheil der schädlichkeit ausmacht. Das ist auch der Grund, weshalb widernatürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes am gefährlichsten ist. Bei der *Masturbation*, die übrigens auch häufiger beim weiblichen Geschlecht vorkommt, als man wohl denkt, ist ein fruchtloser innerer Kampf zwischen dem übermächtigen Trieb und dem schwankenden Charakter oft die Folge des Lasters. Im Verein mit den erschöpfenden Wirkungen ist dann der Seelenkampf die Ursache. Bei jugendlichen und gealterten Personen zeigt sich diese Entstehungsart am häufigsten. Ein im Uebermaass getriebener geschlechtlicher Verkehr auf normalem Wege wirkt bei vollkräftigen Menschen selten so verderblich; Frauen vertragen diesen in der Regel noch besser als Männer. In einzelnen Fällen mögen periphere Reize den Trieb zum Masturbiren hervorrufen, wie z. B. Oxyuren, Hautausschläge in der Nähe der Geschlechtstheile in den meisten Fällen aber ist der Trieb central bedingt. Bei den Kranken finden sich auf derselben centralen Grundlage auffallend oft Geruchstäuschungen widriger Natur, Gestank von Koth und Leichen; ebenfalls verbindet sich mit diesen Erscheinungen nicht selten ein Hang zu religiöser Schwärmerei.

Hier mag nur erwähnt werden, dass Syphilis in vielfache Beziehung zur Entstehung von Geistesstörungen gesetzt worden ist; bestimmte Formen der Psychosen sind sogar ausschliesslich auf syphilitische Grundlage verwiesen worden. Die Wichtigkeit des Gegenstandes macht seine Erörterung an anderer Stelle nöthig.

Es wird oft behauptet, dass die Enthaltsamkeit vom Geschlechtsgenusse von üblen Folgen sei und eine Anlage zu geistigen Störungen begründe; ganz besonders soll dies dann bei Frauen zur Erscheinung kommen. Indessen wird eine gesunde Natur durch geschlechtliche Nichtbefriedigung wahrscheinlich niemals geschädigt. Eine grosse Anzahl von Frauen hat niemals in ihrem Leben geschlechtlichen Verkehr genossen und bleibt gesund und wohlbehalten. Die darunter zu Grunde gehen, sind meistens schon von Haus aus belastete Personen; bei ihnen kann der unbefriedigte Geschlechtsreiz der geistigen Gesundheit schädlich werden. Bei Männern ist die Frage schwerer zu beurtheilen; die Quelle der Heiterkeit und rosigen Laune älterer Junggesellen ist gewiss oft ein geregelter Geschlechtsgenuss, aber auch die umgekehrte Stimmung findet man bei Herren, denen sich Enthaltsamkeit auf jenem Gebiet nicht vorwerfen lässt. Ueberschätzung der Bedeutung geschlechtlicher Nichtbefriedigung dürfen wir nicht wie das Publicum vornehmen; bei Frauen ist vielmehr die Nichterfüllung des idealen Berufs als Gattin und Mutter das eigentliche, psychisch wirksame Moment.

Mehrere andere mit den Aufgaben der Fortpflanzung verbundene Vorgänge im Körper müssen jetzt in ihrer Beziehung zur Hervorrufung von Irresein untersucht werden. Es sind dies die schon gelegentlich berührten Verhältnisse der **Schwangerschaft**, des **Geburtsactes, Wochenbettes** und **Säugens.** Sie müssen einzeln betrachtet werden, da die betreffenden Verhältnisse sich unter einander nicht unwesentlich unterscheiden.

Die Beziehung zwischen **Schwangerschaft** und Irresein scheint in gewissem Grade durch Kreislaufsstörungen vermittelt zu sein, die eine naturgemässe Folge des Wachsens des Uterus und der Einschaltung des Placentarkreislaufes sein müssen. Zu diesen mechanischen Blutdrucksstörungen gesellen sich chemische Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes, und wenn alle diese Umstände naturgemäss gegen Ende der Schwangerschaft zunehmen, so trifft dies zusammen mit der Thatsache, dass die geistige Störung sich meistens erst in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft zu zeigen pflegt. Gegen einen solchen Zusammenhang überhaupt hat man geltend gemacht, dass die geistige Störung diese mechanischen Verhältnisse auch nach der

Geburt überdauert, wo sie doch beseitigt werden; daher sei es nicht anzunehmen, dass sie dadurch hervorgerufen seien. Aber die Kenntniss der Fortdauer einer Schwangerschaftspsychose über die Geburt hinaus hält von dem zuweilen nahegelegten Versuch eine künstliche Fehlgeburt einzuleiten, zurück. Indessen muss es doch erlaubt erscheinen, an einem Abhängigkeitsverhältniss festzuhalten, da die Erfahrung zu oft solche Fälle zeigt; mag es auch nicht gerade immer das Verhältnis von Ursache und Wirkung sein, so doch von Veranlassung und fortwirkender Beziehung. Im Verein mit anderen Ursachen, wie z. B. namentlich der Erblichkeit ist das häufige Vorkommen von Psychosen in der Schwangerschaft nicht unverständlich. Es gibt auch in den ersten Monaten der Schwangerschaft, in denen jene mechanischen Veränderungen im Blutkreislaufe noch keinen so bemerkenswerthen Einfluss auszuüben im Stande sein werden, leichtere psychische Störungen von meistens vorübergehendem Auftreten; in diesen Fällen wird ein reflectorischer nervöser Vorgang zu Grunde liegen; dafür sprechen auch die in dieser Zeit besonders bekannten körperlichen Beschwerden der Frauen, wie die Uebelkeit, Nervenschmerzen und das allgemeine Unbehagen. Im Ganzen sind die zu dieser Zeit auftretenden Erkrankungen aber seltener; dass ganz vorwiegend unehelich Geschwängerte erkranken, erklärt sich ohne Schwierigkeiten aus den mannichfachen anderen schädlichen Lebensverhältnissen, unter denen diese Personen sich zu befinden pflegen. Aus denselben Gründen zeigen sich auch bei unehelich Gebärenden die sonst im Ganzen seltenen und gewöhnlich nur vorübergehenden psychischen Störungen während des **Geburtsactes** häufiger. Sie sind als Affectzustände aufzufassen, oft ausgelöst durch heftigen Wehenschmerz, namentlich bei längerer Dauer desselben.

Während Schwangerschaft und Geburt uns erlaubten die einfachen mechanischen und directe reflectorische Vorgänge zur Erklärung heranzuziehen, ist bei den Verhältnissen **im Wochenbett** der physiologische Zusammenhang jedenfalls dunkler. Es ist dies um so auffallender, als in dem klinischen Bilde der Puerperalpsychosen einige bestimmte Züge ziemlich regelmässig sind; diese Fälle bilden die Hälfte aller in dieser ganzen Gruppe der sich an das Fortpflanzungsgeschäft knüpfenden Störungen. Meistens entwickeln sie sich erst zwischen dem 5. und 10. Tage des Wochenbettes, dann aber gewöhnlich recht unerwartet, nicht im Einklang mit der schon weit vorgeschrittenen Rückbildung der Unterleibsorgane. Einzelne Male mag die längere Aufsaugung giftiger Stoffe schädlich wirken, besonders wenn Fieberbewegungen solche Vorgänge andeuten. Am wahrscheinlichsten ist noch der Einfluss allgemeiner Anämie, die nach der erschöpfenden

Wirkung der Schwangerschaft und etwaigen Blutverlusten während der Geburt oft zurückbleibt; alle die sonstigen zahlreichen Gründe wie besonders Gemüthsbewegungen können an dieser Stelle, als gelegentlich unterstützende nur angedeutet werden. Sehr selten sind heftige Aufregungszustände von nur einigen Stunden Dauer in den allerersten Tagen, bei denen die plötzliche Kreislaufsänderung und hohe Fieberzustände als Ursache angesehen werden müssen. Verwandt mit diesen Zuständen ist das ziemlich seltene Auftreten des Irreseins nach Fehlgeburt.

Die in der **Säugeperiode** vorkommenden Fälle von geistiger Störung pflegen nicht vor dem dritten Monat nach der Entbindung aufzutreten; der Zusammenhang durch allgemeine Erschöpfung und Blutleere ist dadurch angedeutet. Vor allen Dingen lässt sich erbliche Anlage zu geistigen Störungen nicht ausschliessen, wobei dann der Einfluss des Säugens nur als gelegentliche Veranlassung des Ausbruches der Krankheit anzusehen ist.

Ueberhaupt können wir keine gemeinsame ätiologische Gruppe aus den Fällen von Irresein nach Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt, Wochenbett und Säugung bilden, weil ein unmittelbarer Zusammenhang mit Ausschluss anderer Einflüsse nicht gegeben ist.

Fieberhafte Krankheiten und Vergiftungen.

Ein Zusammenhang zwischen körperlichen und geistigen Erkrankungen trat schon in den ältesten Zeiten den Beobachtern am deutlichsten entgegen bei **fieberhaften Krankheiten.** Meistens nahm man an, dass die Fieberdelirien in engster Verbindung mit dem Fieber aufträten und verschwänden. Es war daher eine Erkenntniss von weittragender Wichtigkeit, als man feststellte, dass ein Zusammenfallen der beiden Erscheinungsreihen durchaus nicht regelmässig stattfindet. Denn einerseits zeigte sich, dass Delirien und andere psychiche Störungen im Zusammenhang mit fieberhaften Krankheiten schon im Prodromalstadium hervortreten können, bevor noch eine Temperaturerhöhung nachweisbar ist; andererseits gibt es Geistesstörungen, die sich bei eintretender Genesung von der fieberhaften Krankheit einstellen, nachdem der fieberhafte Vorgang schon völlig abgelaufen ist. Daraus folgt, dass das Fieber nicht die alleinige Ursache der Erscheinungen sein kann. Dazu kommt eine weitere Beobachtung; es gibt Anfälle von Geistesstörung, die im Verlauf von Wechselfieber an Stelle einzelner Anfälle desselben erscheinen, dabei aber fieberlos verlaufen. Wenn man daher auch im Allgemeinen daran festhalten muss, dass

zahlreiche Psychosen während des fieberhaften Verlaufes acuter Krankheiten zur Beobachtung kommen, so ist der ursächliche Zusammenhang nicht immer sicher und muss man sich nach andern Gründen zur Erklärung umsehen. Die meisten der hier in Erwägung zu ziehenden Krankheiten sind Infectionskrankheiten; ihre Ursachen, die organisirten Krankheitsgifte, müssen wir auch bei den in ihrem Verlauf sich zeigenden geistigen Störungen in Rechnung ziehen; wahrscheinlich ist die Wirkung dabei als eine fermentartige aufzufassen. Typhus, Wechselfieber, Cholera, die acuten Exantheme, Gelenkrheumatismus, Lyssa und vielleicht auch die Pneumonie gehören zu dieser Gruppe. Man hat zu denken an Veränderungen in der Blutmischung, die für die Ernährung der Hirnrinde schädlich wirken. Da das Gift, durch welches die Veränderungen ins Leben gerufen werden, auch schon vor Erzeugung des Fiebers im Blut kreist, ist die Annahme eine ungezwungene, dass nicht das Fieber, sondern jenes Gift die geistige Störung hervorrufen kann; ähnlich ist es mit den Erscheinungen nach Ablauf des Fiebers, die so zu erklären sind aus den Einwirkungen der giftigen Stoffe; unter ihnen spielt wahrscheinlich die gesetzte Anämie eine Hauptrolle. Uebrigens kann die Wirkung der Krankheitsgifte eine chemische sein, wobei auch in der Blutmasse gebildete Zerfallsproducte wirken mögen, oder sie können örtlich im Hirn zu bestimmten anatomischen Veränderungen führen; beim acuten Gelenkrheumatismus finden sich in den Hirnhäuten und den Hirnrindengefässen abgegrenzte Entzündungen und mechanische Verstopfungen der Gefässe. Aus diesen Ueberlegungen ergibt sich also sicher, dass man nicht so ohne Weiteres das Fieber als die Grundursache der betreffenden Psychosen beschuldigen kann; ja es gibt Schriftsteller, die desshalb einen solchen Zusammenhang ganz in Abrede stellen; sie berufen sich dabei auch auf die Erfahrung, dass der Eintritt von Geistesstörung dann weder von einer ungewöhnlichen Höhe oder Dauer des Fiebers abhängt, noch von anderen Begleiterscheinungen desselben, wie der Stärke in der Störung des Kreislaufes. Sie sprechen dagegen geradezu von einer zufälligen erworbenen oder ererbten Anlage zu fieberhaften Krankheiten, die eine Erklärung der Fiebererscheinungen abgeben soll. Gewiss ist auch einzuräumen, dass hier und da ganze Familien leichter fiebern als andere, bei eigentlichen Infectionskrankheiten kann aber eine solche Unterscheidung natürlich nichts mehr erklären. Sicher hat Fieber auch einige Veranlassungen in sich, die den Ausbruch geistiger Störungen beschleunigen müssen. Das Ansteigen der Körperwärme wirkt als Reiz auf das Nervengewebe, wie auf anderem Gebiet der Hitzschlag beweist. Besteht Fieber länger,

so ist Blutleere der Hirnrinde durch Abschwächung der Herzthätigkeit die Folge; bei kurzer Dauer indessen ist an Blutüberfüllung des Schädelinhaltes zu denken. Gradweise entwickelt sich so aus dem Zusammenwirken der Steigerung der Körperwärme und der allmälich wechselnden Blutfüllungszustände des Gehirns der allen Fieberkrankheiten gemeinsame Ablauf der Erscheinungen; der Beginn ist leichtes allgemeines Unbehagen, Unruhe, Eingenommenheit des Kopfes, durch Träume gestörter Schlaf. Bald schliessen sich daran Delirien, zahlreiche Sinnestäuschungen und vorübergehende Unbesinnlichkeit; Aufregung wechselt mit schlafsüchtigen Zuständen, die in völlige Bewusstlosigkeit und Coma übergehen können. Bei Erwägung des Zusammenhangs zwischen Psychosen und acuten fieberhaften Krankheiten werden wir zuerst also an den Einfluss der Krankheitsgifte zu denken haben, dann auch an die Fiebererscheinungen; Fieber allein aber wage ich nur für wenige Fälle als alleinige Ursache ansehen zu dürfen und glaube, dass sich daneben immer noch andere, nicht nur erblich veranlagende, sondern zahlreiche sonstige Gründe finden lassen werden. Wäre Fieber allein oft die Ursache psychischer Störung, so wäre es auch unverständlich, dass Psychosen z. B. nicht häufigere Begleiter des Heeres der fieberhaften Lungenerkrankungen wären, als es der Fall ist.

Im Anschluss an den Einfluss der toxischen Wirkungen der Infectionsstoffe wollen wir jetzt einen allgemeinen Blick auf die Erscheinungen werfen, die nach eigentlichen **Vergiftungen** durch bekannte Stoffe entstehen. Es gibt eine ganze Reihe von Stoffen, die genossen werden zur absichtlichen Erzeugung von rauschähnlichen Zuständen, deren fortdauernder Genuss aber zu geistiger Entartung und Erkrankung führt. Zuweilen ist die künstliche, vorübergehende Hervorrufung eines psychischen Störungszustandes von Andern beabsichtigt, aber es ist doch zweifelhaft, ob in früheren Zeiten dieses Verfahren wirklich so oft ausgeübt ist, wie behauptet wird; so ist angenommen worden, dass bestimmte Rauschmittel, wie Belladonna, Datura Strammonium u. a. m., als traumerregende Gifte für die Hexen gedient hätten, auch haben neuere Untersuchungen festgestellt, dass diese Stoffe in Salbenform auf Schleimhäute eingerieben, schreckhafte Träume und Gesichtstäuschungen hervorrufen; auch heftige tobsuchtsähnliche Erregung ist Theilerscheinung einer Vergiftung durch jene Stoffe und kann sich beispielsweise einfinden nach medicamentöser Anwendung des Atropins in Pillenform oder bei Einträufelung in die Augen. Bekannt ist die grosse Ausdehnung der Anwendung des Opiums, Haschischs und ähnlicher Stoffe zur Erzeugung von Rauschzuständen; das Opiumrauchen ist im Orient so

verbreitet wegen der sinnlich üppigen Phantasiebilder, die sich nach seinem Gebrauche einstellen. Das gefährliche Genussmittel des Abendlandes, dem Opium in seinen traurigen Folgen wohl gleichzustellen, ist der Alcohol. Die psychischen Störungen, die sich nach seinem Missbrauch zeigen, sind sehr zahlreicher Art, wie wir später im Einzelnen erfahren werden; der vorübergehende Rauschzustand führt zu heftigen Affecten, in denen Gewaltthaten, Mord und Selbstmord vorkommen können. Andauernder Gebrauch hat Krankheitserscheinungen zur Folge, unter denen zunehmende geistige Schwäche und sittliche Entartung besonders auffallen. Wie fast überall spielt die Erblichkeit auch hier gleichzeitig eine grosse Rolle; häufig pflegt die psychische Störung dann eine periodische zu sein, und sind solche Personen unter dem Namen Quartalssäufer bekannt. In solchen Fällen muss man zuweilen sogar zweifeln, ob der Alcoholmissbrauch Ursache oder Wirkung der nervösen Anlage ist; es gibt Kranke, die von Zeit zu Zeit das unabweisbare Bedürfnis haben, zu trinken. Der Alcoholgehalt der Getränke ist aber nicht unumgänglich, denn in geschlossenen Abtheilungen von Anstalten trinken solche Personen nur Wasser in grossen Mengen. Die andern Gründe, die zur Unterstützung der giftigen Wirkung des Alcohols dienen, kann ich nur kurz andeuten; besonders die Seelenkämpfe sind es, die entspringen aus der triebartigen Neigung zum Alcoholmissbrauch und dem fruchtlosen Kampf dagegen. Die Verschlechterung der äusseren Erwerbs- und Lebensverhältnisse führt zum schliesslichen Zusammensturz der geistigen und körperlichen Kräfte. Je schlechter der Branntwein, je verderblicher ist er; die fuselölhaltigen Kartoffelbranntweine, der Absynth sind unendlich viel gefährlicher als Bier und gute Weine. Die Verbesserung des Branntweines ist also eine der wichtigsten Forderungen der zukünftigen Hygieine.

Unter Aerzten besonders kann der Missbrauch des Morphiums, seltener des Cocains, zur Erzeugung geistiger Störung beitragen. Häufig nur zur Schmerzstillung im Anfang gebraucht, wird es später wegen seiner anregenden Wirkungen immer wieder und wieder benutzt, bis sein gewohnheitsmässiger Gebrauch zum unbezwinglichen Bedürfniss geworden ist und kein Entrinnen aus dem Kreise mehr möglich ist. Die Möglichkeit, das Gift als Arzt lange unbemerkt zu gebrauchen, enthält die grosse Gefahr für ihn; es ist daher gewiss nicht zu weit gegangen jedem Arzt zu rathen, Morphiumeinspritzungen an sich selbst niemals vorzunehmen.

Eine Reihe von Stoffen soll hier nur mit Namen aufgeführt werden, weil die Unterschiede in der Wirkung der einzelnen nur sehr

geringe sind. Dahin gehören Salicylsäure, Jodoform und Secale cornutum; nach Genuss des letzteren sah man psychische Störungen epidemischer Art. Verdorbener Mais führte zu dem weit verbreiteten, sogenanntem pellagrösen Irresein. Auch nach übermässigem Genuss von Tabak werden Psychosen beobachtet. Ferner ist zu erwähnen, dass längerer Chloroform- und Chloralmissbrauch durch Gefässlähmung zu geistiger Entartung führen kann. Häufiger sind die schädlichen Folgen der Vergiftung durch einige Metalle; so stehen besonders Blei und Quecksilber in näherer Beziehung zu psychischen Störungen. Sie kommen nicht so selten vor bei Anstreichern, Bergleuten in Bleibergwerken, entweder als vorübergehende heftige Erregungszustände, sog. Bleitollheit, oder als sich hinschleppende Krankheitsbilder, in denen Störungen der Sprache und andere Lähmungen eine tiefer gehende Erkrankung der Hirnrinde beweisen. Auch bei Arbeitern, die mit Quecksilber zu thun haben, treten Erscheinungen auf, die eine Einwirkung auf die Hirnrinde selbst zeigen. Hieran schliesst sich noch die Erwähnung der Vergiftung durch Bromsalze; auch hier verbinden sich schwere Bewegungsstörungen mit geistigen Schwächezuständen, die indessen nach dem Aussetzen des Mittels bald wieder zu verschwinden pflegen. Als letzte Vergiftungsursache sind noch einige Gase anzuführen; Kohlenoxydgas wirkt durch Blutüberfüllung des Gehirns, wobei zuweilen sogar Erweichung der Hirnrinde auftritt. Nach Einathmung von Schwefelkohlenstoff sind einzelne Male psychische Störungen gesehen worden; Aehnliches wird von Leuchtgas und Schwefelwasserstoff berichtet.

Psychische Ursachen.

Wir haben jetzt den grössten Theil der Kreise durchlaufen, aus denen von allen Seiten immer näher andringend die Ursachen der geistigen Störungen dem Mittelpunkt sich nähern. Mehr oder weniger bedurften sie der Vermittelung oder Unterstützung anderer Verhältnisse und Ursachen, denn wir sahen, dass nur sehr selten eine Ursache allein zur Erklärung des ihr folgenden Krankheitsvorganges genügte. Indessen im Allgemeinen sind wir doch auf unserem Wege von den entfernteren Veranlagungen zu immer näheren und unmittelbarer wirkenden Ursachen übergegangen. Es bleibt uns nun nur noch die Betrachtung der Gruppe der psychischen Ursachen, die uns am deutlichsten unmittelbare Wirkungen zeigt. Wenn wir auch festhalten wollen an der Ansicht, dass auch diese nur durch Vermittelung der

körperlichen Grundlage des Gehirns in Erscheinung treten können, so sind wir doch nicht im Stande, diesen Zusammenhang nachzuweisen. Wunsch und Bestreben ihn aufzuhellen sind bis jetzt noch nicht dazu im Stande gewesen. Wir müssen uns damit begnügen, die Thatsache festzustellen, dass es sich wie im gesunden geistigen Leben um Vorgänge in der inneren Erfahrung des Einzelnen handelt, die nur psychologischer Forschung zugänglich sind. Dabei ist der grosse Unterschied zu beachten, welcher in der Verschiedenheit des Ablaufs geistiger Vorgänge bei verschiedenen Personen hervortritt. Man muss gewissermassen die physiologische Hirnformel des Einzelnen kennen, ehe man hoffen darf mit Erfolg den Einfluss abzuschätzen, den bei ihm dieser oder jener krankhaft gesteigerte Gedankenablauf haben wird. In jedem einzelnen Fall wird man diesen Gesichtspunkt berücksichtigen müssen; wir wollen hier aber einen allgemeinen Blick werfen auf diese psychischen Ursachen des Irreseins.

Die Ansichten über die Verbreitung ihrer Wirksamkeit sind weit auseinandergehende; ich neige mich zu der Ansicht, dass sie zu den *häufigsten und ergiebigsten Quellen des Irreseins* gehören, sowohl was die Vorbereitung als namentlich und hauptsächlich die unmittelbare Erregung der Krankheit betrifft. Andere Beobachter wollen dies Gebiet nur sehr eingeengt gelten lassen. Bemühen wir uns zunächst die psychischen Ursachen, unvermischt mit begleitenden anderen, zu untersuchen. Eine Ursache, die als eine immer wiederholte Verletzung stetig von Tag zu Tag und von Stunde zu Stunde wirkt, ist der **Kummer**, den der Verlust naher Verwandter mit sich führt. Trauer und Schmerz über den Tod von Angehörigen erschüttern das geistige Gleichgewicht tief. Die Wirkungen des *psychischen Schmerzes* sind um so tiefgreifender, wenn er innerlich verschlossen gehalten wird; jene verschluckten Thränen, wie der Altmeister der deutschen Psychiatrie, *Griesinger* sagt, jene innern Wunden, die äusserlich lange mit Lächeln und Lüge bedeckt geblieben sind, wirken langsam, aber sicher. Freilich drängen sich Vorgänge des körperlichen Lebens stündlich und täglich ein in den Verlauf dieser Vorstellungen, ja es muss geradezu als ein Zeichen der Krankheit angesehen werden, dass die Ablösung psychologischer Vorgänge von der sinnlichen körperlichen Grundlage nicht mehr in dem Maasse gelingt, wie es beim gesunden Menschen der Fall ist. Krankhafte Gemeinempfindungen müssen die Gemüthsbewegungen steigern; *Schlaflosigkeit* vor Allem hindert, neue Kräfte für den Seelenkampf zu sammeln. So ist es die verhängnisvollste Eigenschaft der meisten Folgeerscheinungen der Geisteskrankheit, dass sie ihrerseits immer wieder neue

Ursachen für die krankhafte Veränderung abgeben. Aber zweifellos ist in zahllosen Fällen der unterdrückte oder ungefesselte geistige Schmerz der Quell, aus dem alle Erscheinungen fliessen. Es kann nicht unsere Aufgabe sein, diesen Vorgang zu schildern. Grosse Dichter haben mit dem richtigen Gefühl des Genies diese Entwicklung des Irreseins aus schmerzhaften Erschütterungen oft und ergreifend geschildert. Der Arzt sieht dasselbe — freilich in nackter Wirklichkeit — so oft, dass es nicht nöthig ist, ihn hier näher darauf hinzuweisen. Aehnlich wie dieser tiefe Seelenschmerz wirken manche andere Umstände, wie **Sorgen** für das Geschäft, drohende Vermögensverluste, auch ohne dass sie zu Nahrungssorgen und mangelnder Ernährung zu führen brauchen. Auch ihre Wirkung ist eine langsam fortschreitende; kleine Verdriesslichkeiten und Aergernisse kennzeichnen meistens den Beginn, und auch im weiteren Verlauf brauchen sie nicht zu wachsen, denn die Widerstandsfähigkeit erlahmt unter den wiederholten Stössen. Aber dieselbe Ursache, die eine Anlage hervorrief, erzeugt auf diesem Boden fortwirkend den Ausbruch der Krankheit. Unaufhörlich nagende Befürchtungen ohne schon eingetretene materielle Verluste, können den geistigen Zusammenbruch herbeiführen. Wir sehen immer wieder zwei Merkmale dieser Ursachen, die entscheidend sind für ihre Wirkung; das wiederholte und stetige Fortdauern und die starke schmerzhafte Gefühlsbetonung, beide zusammen lassen hemmende Gegenwirkungen anderer Vorstellungen nur nutzlos dagegen auftreten, und man muss in **dauernden schmerzhaften Affecten** die wichtigsten psychischen Ursachen des Irreseins suchen. Freudige Affecte führen so gut wie niemals zu Geisteskrankheit, besonders wohl desshalb, weil sie nur vorübergehend zu wirken pflegen; das Gleichgewicht wird rasch wieder gewonnen.

Zuweilen schliesst sich die Form der Erkrankung an die Art des bestimmenden Einflusses an, insofern Angst und Verzweiflung auch zu ähnlichen Vorstellungskreisen während der Psychose führen, Zorn zu aufgeregten Erscheinungen, Schreck zu tiefen mit starrer Haltung auftretenden Gemüthserschütterungen. Eine Regelmässigkeit ist indessen in diesem Verhalten nicht vorhanden und die geistige Störung nimmt noch häufiger eine selbständige Entwicklung, unabhängig von dem ursächlichen Affect.

Die unmittelbare Art der Einwirkung tritt selten in der Weise hervor, dass sie eine zeitlich unmittelbare ist, meistens ist eben die langdauernde innere psychologische Verarbeitung erst entscheidend. Dabei zeigen sich regelmässig Erregungs- und Lähmungszustände des Blutgefässsystems; es erklärt aber eigentlich nicht viel, wenn man

behauptet, nur durch ihre Vermittelung komme es zu den endgiltigen Erscheinungen. Wir müssen in ihnen mehr Folgezustände sehen, deren Umprägung zur Ursache wohl nur ein Zugeständniss für die herrschende anatomische Auffassungsrichtung ist. Die Möglichkeit eines Ablaufs der inneren Seelenvorgänge nur in lockerster Verbindung mit der sinnlichen Grundlage lehrt die innere Erfahrung jedes einzelnen Bewusstseins; nur wie dieses untrennbar von der körperlichen Grundlage ist, kann von einer Begleitung jener geistigen und körperlichen Vorgänge die Rede sein; natürlich kann auch das innere Geschehen nie grundlos vor sich gehen, aber erst ein bestimmter Zustand des Bewusstseins, das thätige Aufmerken auf die Verbindung elementarer Verbindungen und der aus ihnen entstandenen Vorstellungen, veranlasst das Eintreten derselben in das Bewusstsein. Hier an der Grenze nun des psychologischen uud psychophysischen Geschehens fliesst die Quelle der Gemüthsbewegungen und überströmt sie nach beiden Seiten; die Auffassung eines unerwarteten Eindruckes zeigt die einfachste Form dieses Vorganges. Heftige Affecte und Gemüthsbewegungen führen dann zur Erschöpfung. Hier tritt der schon berührte Umstand mitwirkend ein, dass äussere Eindrücke, die Affecte herbeiführen, selbst Nachwirkungen haben, die sich fortdauernd in Gefühlen geltend machen; daher die Neigung jener Affecte, in dauernde Stimmungen überzugehen. Der heftige Schmerz über den Verlust einer geliebten Person löst sich in eine Trauer auf, die um so länger dauert, je fühlbarer die Lücke ist, die der Verlorene in unserem Leben zurückgelassen. Wenn dann keine Erholung das erschöpfte Gehirn erlöst, so jagen quälende Gedanken rasch nach einander vorbei an dem aufmerkenden Bewusstsein, bis sich regellos aus der Tiefe des Gehirnlebens Gedankenverbindungen aufdrängen und jede Ordnung unmöglich wird. Daher die Aehnlichkeit massloser Affecte mit maniakalischer Aufregung, darum auch die Neigung vieler Geisteskranken zu ungezügelten Affecten. Die Gemüthsbewegungen tauchen aus dem Flusse dieser Gehirnthätigkeit regellos empor und es gelingt dem Willen hier nicht mehr sie zurückzudrängen in den Zusammenhang psychophysischen Geschehens. Das willkürliche Denken tritt zurück hinter der Macht des äusseren Geschehens, und die Bewegung des Gemüths wird zu einer dauernden krankhaften Störung. Diese Entwicklung des Einflusses der Gemüthsbewegungen auf die Entstehung psychischer Störungen zeigt zwar, dass eine völlig unmittelbare Wirkung nicht vorhanden ist, da die sinnliche Grundlage körperlicher Zustände gerade den krankhaften Vorgang auszeichnet, aber näher als hier ist der Zusammenhang nirgends, und wenn es auch nicht möglich ist, den tau-

senden von Fäden nachzugehen, die in ihrem feinen Gewebe das gestörte Selbstbewusstsein verstricken, so wird es leicht einzusehen, wie gross der Kreis dieser Ursachen des Irreseins ist. Das ganze innere Leben des Menschen enthält Beziehungen zwischen Willen und Vorstellungsinhalt, die sich in Gefühlen und Gemüthsbewegungen äussern. Wo sich ihre körperlichen Grundlagen eindrängen in die psychologischen Vorgänge, ist das Krankhafte überwiegend; je weiter die Ablösung vom Sinnlichen geht, desto freier und gesunder ist das geistige Geschehen.

Doch gehen wir wieder über zur Betrachtung der einzelnen psychischen Ursachen und wenden uns den **intellectuellen Ueberanstrengungen** zu, wie sie sich z. B. im Ehrgeiz zeigen. Auch hier sind widrige Gefühle die Begleiter des Misslingens, und gekränkter Ehrgeiz ist von gehemmtem Selbstgefühl begleitet. Wiederholte Misserfolge, vergebliches Streben, sich in unangemessenen Stellungen zu erhalten, steigern diese widrigen Einflüsse Unbegrenzter Ehrgeiz, der Unerreichbares erstrebt, führt zu geistiger Störung; natürlich kann er auch schon ein Zeichen derselben sein oder in dem Kreis von Ursache und Wirkung bald hier bald da auftauchen.

Die einseitige Ueberbürdung mit wenigen Gebieten des Wissens sahen wir als schädliche Einflüsse schon bei der Betrachtung der Erziehung wirken. Die Erschöpfung ist hier kenntlich durch das Gefühl der Anstrengung beim Gedankenablauf und des Misslingens der Gedankenverbindungen; diese intellectuellen Gefühle finden im Bewusstsein einen Platz, an dem nur lockere Verbindungen sie mit dem körperlichen Geschehen verbinden und der Zusammenhang mit ihm erst durch Einschaltung von körperlichen Störungen hergestellt werden muss. Aber umso mehr sind wir darauf gewiesen, diese Ursachen geistiger Störung als unmittelbare aufzufassen; denn das eigentlich Wirkende, Anstoss Erregende ist der im Bewusstsein ablaufende innere Vorgang. Dass derselbe erst durch Vermittelung anderer Erscheinungen objectiv sichtbar wird, kann über den ursprünglichen Vorgang nicht täuschen.

Diese Betrachtungen knüpfen sich in ähnlicher Weise an alle anderen psychischen Ursachen, und eine Entwickelung derselben in ähnlicher Weise würde daher ermüden. Ueberhaupt will ich nur noch zwei Einflüsse berühren, die zweifellos eine unmittelbare Rolle bei der Entwickelung von Irresein spielen können. **Unglückliche Liebe,** die hier frei von der zu Grunde liegenden Begierde und dem Trieb gedacht ist, führt Enttäuschung, Kummer, ein Gemisch der verschiedensten aufgeregten Gefühle mit sich, die tief im Bewusstsein des

Einzelnen unvermittelt wirken und verlaufen können, doch lehrt die Erfahrung, dass fast nur auf erblich belastetem Boden hieraus geistige dauernde Störung aufschiesst; auf gesundem Boden wird jenes Gefühl unterdrückt, ehe es zu krankhafter Höhe gelangt. Auch die Erwähnung der Wirkung **religiöser Gefühlsschwärmerei** auf die Entstehung von Irresein geschieht hier nur um zu warnen vor ihrer Ueberschätzung. Einmal ist ihr Erscheinen meistens ein Zeichen der Krankheit, nicht Ursache, dann aber scheint es ein Merkmal unserer heutigen Culturentwickelung zu sein, dass sie das Auftreten religiöser Gefühle im Bewusstsein verhindert und dadurch diese Ursache geistiger Störung zu einer seltenen macht.

Das zeitweilige Auftreten solcher religiös bedingter Geistesstörungen in Form psychischer **Epidemieen** fordert noch auf, einen Blick zu werfen auf die Art dieser Wirkung, die sich auch bei anders gefärbten Krankheitsformen zeigt. Die Thatsache, dass krankhafte Vorstellungen sich durch Umgang und Mittheilung auf Andere übertragen lassen, ist bei einsam, abgeschieden lebenden Personen und in den erwähnten weiteren Kreisen mit epidemischem Ablauf beobachtet worden. Hier berührt sich die Wirkung auf den Einzelnen wieder mit dem auf die Allgemeinheit, und die Kreise der Ursachen schliessen sich in einander. Es liegt nahe, den Vorgang der **Suggestion** bei der Hypnose als Vergleich heranzuziehen; man hat daher auch jene Erscheinungen nicht durch **Ansteckung,** sondern durch eine Art wacher Suggestion erklärt; eine Einengung des Bewusstseins auf einzelne Vorstellungskreise hindert den Willen, in besonnenerer Weise den Ablauf der Vorstellungen zu lenken. Mit dem zunehmenden Mangel der inneren Willensthätigkeit überwiegen die aus innern und äussern Eindrücken aufsteigenden Gedankenverbindungen und erzeugen die geistige Störung.

Am Schlusse der Auseinandersetzungen über die Ursachenlehre tritt uns bei der Gruppe der physischen Ursachen also die Erscheinung wieder entgegen, dass eine Mischung der verschiedensten Einflüsse im einzelnen Falle die klare Erkenntniss des Zusammenhangs trübt; trotzdem aber bleibt es zweifellos, dass die Lehre von den Ursachen im Vordergrunde der gesammten Psychiatrie steht, weil die Bekämpfung des beginnenden Irreseins abhängig ist von der Kenntniss jener Ursachen.

III.

Die Zeichen geistiger Störungen.

Einleitung.

Die allgemeine Lehre von den Zeichen geistiger Störungen beschäftigt sich mit den Elementarerscheinungen, aus denen die verwickelten Krankheitsbilder zusammengesetzt sind. Sie betrachtet die einzelnen elementaren Störungen, die in den besonderen Formen der Erkrankung sich verschieden gruppirt wiederholen, von allgemeineren Gesichtspunkten. Dabei hält sie sich an die Hauptformen geistiger Lebensäusserungen, die in der physiologischen Psychologie unterschieden werden. Um allen metaphysischen Speculationen aus dem Wege zu gehen, wollen wir Seele das logische Subject nennen, dem wir alle einzelnen Thatsachen der innern Erfahrung und Beobachtung als Prädicate beilegen. Daneben wollen wir das Bewusstsein als eine Erfahrungsthatsache des Einzelnen ansehen, die durch eine abgrenzende Umschreibung doch nicht klarer werden würde. Wesentlich ist dann der eigenthümliche Gegensatz zwischen innerer und äusserer Erfahrung, zwischen der Wahrnehmung von Zuständen des eigenen Innern und von Veränderungen in der Aussenwelt. Die geistigen Vorgänge im einzelnen Menschen gehören durchweg dem Gebiet seiner innern Erfahrung an, und können von Andern nur durch bestimmte Veränderungen in Sprache, Geberden und Handlungen beobachtet werden. Darum müssen die Erscheinungen des gesunden wie kranken Seelenlebens mit Hilfe von Psychologie und Anatomie betrachtet werden.

Alle innere Erfahrung besitzt für uns unmittelbare Wirklichkeit, während die Gegenstände der äusseren Erfahrung uns nur mittelbar gegeben sind; sollen sie Gegenstände unseres Vorstellens und Denkens werden, so müssen sie in die innere auf irgend einem Wege übergehen. Vorstellungen, Gefühle und Willenshandlungen bilden den Inhalt der innern Erfahrung, sind indessen immer so zusammengesetzte Ereignisse, dass es eine Aufgabe der Psychologie ist, sie zurückzuführen auf ihre unmittelbar gegebenen einfachsten Thatsachen. Das

wirkliche Element aller geistigen Thätigkeiten ist der Trieb, diejenige Thätigkeit, bei der Empfindung und Wille in ursprünglicher Verbindung wirksam sind. Die geistige Entwickelung jedes Menschen schaltet dazwischen den Vorgang der Apperception ein, das ist die Erfassung äusserer und innerer Eindrücke durch die Aufmerksamkeit. Erst mit dem Selbständigwerden dieses Vorganges erfolgt eine höhere geistige Entwickelung, an die sich alle höheren Gefühle und Willenshandlungen anschliessen. Da wir diese unmittelbar nur einzeln wahrnehmen, würde ihre Zusammenfassung unter Allgemeinbegriffe wie Sinnlichkeit, Verstand, Vernunft, unser Verständniss eigentlich nicht mehr fördern wie die früher beliebte Eintheilung nach Seelenvermögen. Indessen sind die genannten geistigen Vorgänge alle so verwickelt, dass für ihre klinische Verwerthung die Betrachtung nach gewissen Gruppen nothwendig bleibt; wir müssen dann nur nicht vergessen, dass die Aufstellung von verschiedenen Grundrichtungen der Geistesthätigkeit hier lediglich zum Zweck des Unterrichts geschieht; am wenigsten ist ihre völlige Trennung auf anatomischen Grundlagen durchführbar, wenn wir auch daran festhalten, dass allen geistigen Vorgängen eine sinnliche Grundlage zukommt, die psychophysischer Betrachtung zugänglich und zum Theil als bestimmte anatomische Veränderung nachweisbar ist.

Die erste Gruppe der geistigen Veränderungen, die wir betrachten wollen, betrifft:

A. Die Störungen des Bewusstseins.

Unter den Störungen des Bewusstseins beschäftigen uns zuerst diejenigen, welche sich an die Sammlung sinnlicher Eindrücke durch Sinnesempfindungen anschliessen und bezeichnet werden müssen als

1. Störungen des Wahrnehmungsvorganges.

Die Aufnahme und Sammlung sinnlicher Eindrücke kann schon gestört werden auf dem Wege durch die Sinnesnerven. Diese Auffassung oder Perception von Eindrücken auf die Sinnesnerven wird oft schon in ihren Endausbreitungen gefälscht. Augenerkrankungen, Katarrhe der Paukenhöhle, Reizzustände der Nasenschleimhäute, der Mundhöhle, Entzündungen der äusseren Haut sowie aller Schleimhäute, und krankhafte Veränderungen in den Organen der Körperhöhlen und der Muskeln können dazu beitragen.

Wenn wir nun **die Entstehung und den Sitz der Sinnestäuschungen** untersuchen wollen, so muss wegen der Wichtigkeit dieser

Vorgänge eine gesonderte Betrachtung der einzelnen Sinne stattfinden. Beim Gesichtssinn sind schon alle Unterschiede, die uns in der gesammten Lehre von den Sinnestäuschungen begegnen werden, vorhanden, so dass die eingehende Erörterung der Erscheinungen beim Sehen uns eine gleiche Ausführlichkeit auf den anderen Sinnesgebieten erspart. Alle Vorgänge, die sich vor der Netzhaut des Auges abspielen, lassen wir vorläufig noch aus unserer Betrachtung, und halten uns also streng an die Untersuchung der Erscheinungen in der nervösen Endausbreitung des Sehnerven. Einzelne Lichterscheinungen, die aus der Netzhaut stammen, gehören hierher, der sogenannte Lichtstaub des innern Sehfeldes, ferner Verdunkelungen sowie Farbenerscheinungen; unterstützt wird ihr Auftreten durch Vorgänge in den Blutgefässen der Netzhaut, besonders durch die Betheiligung der Blutkörperchen mit Form und Bewegung. Auch der Pulsstoss der centralen Netzhautader erregt Sinnestäuschungen. Einen wesentlichen Einfluss auf die berührten Erscheinungen übt die Pupillengegend aus, insofern sie der scheinbare Schauplatz ist für den subjectiven Beobachter. Hervorragend für die Erzeugung und Gestaltung vieler Sinnestäuschungen aber sind Vorgänge im gelben Fleck der Netzhaut; auch seine Form wirkt dabei mit. Geringer ist die Einwirkung und Bedeutung der Augenmuskeln und Nerven.

Den Gestaltungen aus dem Eigenlichte der Netzhaut ist durchweg die starke, ja oft ungeheure Vergrösserung gemeinsam; sie ist wahrscheinlich zu erklären aus der Nähe des Gesehenen, besonders wenn dies sich im Auge befindet, also die brechenden Wirkungen seiner Theile fehlen. Im Uebrigen treten diese Sinnestäuschungen meistens als Lichtwirkungen oder Verdunkelung in Form von Scheiben auf, entsprechend der Form des gelben Flecks. Indem solche Lichtscheiben oder Verdunkelungen gewissermassen aus der Macula hervorbrechen, bilden sie einen reichen Stoff für die krankhafte Verarbeitung in den Sinnesvorstellungen des Gehirns. Der Gesunde übersieht solche Vorgänge, um so mehr als sie nicht so heftig auftreten, oder er erkennt die Art der Entstehung und wird nicht durch ihren Ablauf beunruhigt. Erst eine Trübung und Einengung des Bewusstseins begünstigt die Wirksamkeit elementarer Sinnestäuschungen; es finden sich darum auch die genannten peripher bedingten Sinnesverfälschungen vorzugsweise bei Bewusstseinstrübung. Flammen und Blitze sind in diesem Zusammenhang beängstigende Erscheinungen für den Kranken. Feurige Punkte, Sterne und Strahlen, wie sie sich nach Verletzungen der Augen, auch beim Husten, Niesen und Bücken zeigen, werden in der Regel

nur vorübergehend beachtet, wie sie entstehen und vergehen. Ist aber ihre Dauer eine längere, wie im Fieber, so werden sie ein Stoff für krankhafte Verarbeitung in der Vorstellung. Oertliche Blutüberfüllung der Netzhautgefässe und giftige Wirkung von kranken chemischen Bestandtheilen der Blutsäule auf die Netzhautausbreitung des Sehnerven rufen periphere Sinnestäuschungen im Fieber und besonders bei Alcohol-Vergiftung hervor. Im Delirium der Säufer treten dunkle oder glänzende Erscheinungen in grosser Fülle und lebhaftem Wechsel auf; oft schiessen nur immer wieder sehr kleine punkt- oder fleckförmige Verdunkelungen oder Lichtwirkungen hervor, seltener grössere. Wir müssen annehmen, dass es sich um Reiz- oder Erlahmungszustände in der von Blutschwankungen betroffenen Macula lutea handelt; die gleichzeitige Trübung des Bewusstseins lässt keine Aufklärung dieser dem Hirn zugeführten Sinneseindrücke zu und es kommt zur Auffassung von kriechenden Insecten, Ratten, Mäusen, Nadeln, Münzen u. s. w. Zuweilen wird die Erscheinung eine besondere Farbe dadurch erhalten, dass durch langes angestrengtes Ansehen farbiger Gegenstände die ermüdete Netzhaut complementäre Farbenauffassung bewirkt; der Himmel gibt hierzu oft Gelegenheit: seine fahlgelbe Färbung zeigt später einen Hund blau, ist er tief violett oder rothbraun, so wird eine Leiche grüngelb erscheinen können.

Stoff zu den verschiedenen Gestalten können ausser den sich in Gefässen bewegenden Blutkörperchen vor der Netzhaut, die eckigen Pigmentepithelien und die rundlichen Körnerzellen abgeben. Entsteht die Sinnesverfälschung nur in einem Auge, so wird man die Möglichkeit, sie von einer einseitigen, central bedingten Sinnestäuschung zu unterscheiden, in der Thatsache suchen, dass die centrale Entstehung zu viel verwickelteren Vorgängen und Erscheinungen führt; oft finden sich daneben dann Verfälschungen anderer Sinne und die gestörte Sinnesvorstellung macht einen viel packenderen Eindruck und verbindet sich leichter mit anderen Vorstellungen. Die peripheren Vorgänge aber sind einfacher und die elementare Grundlage gibt sich auch in ihrer grösseren Selbständigkeit bei der geistigen Verarbeitung gegenüber dem sonstigen Vorstellungsinhalte uknd. Zur Unterscheidung zu verwerthen ist auch der Umstand, dass die peripheren Sinnestäuschungen bei geschlossenen Augen und in der Dunkelheit kräftiger sind als in hellem Licht; man denke dabei auch an die Erfahrungen in Dunkelzimmern für Augenkranke. Die später genauer zu erörternden centralen Sinnestäuschungen zeigen diesen Unterschied nicht.

Jedenfalls haben wir die entoptisch sichtbaren Massen der Netzhaut als Quelle zahlreicher Netzhautgestalten anzusehen; als Erzeugnisse der Nervensubstanz sind sie von den Wirkungen der Aussenwelt verschieden, werden aber in einzelnen Beziehungen von dieser beeinflusst Die Bewegungen der Augenmuskeln und die Eindrücke von Pulsstössen der Netzhautgefässe treten in scheinbaren Bewegungen der Netzhautgestalten hervor; ja auch so grobe Erschütterungen der Netzhaut, wie sie dem ganzen Körper durch die Stösse eines fahrenden Eisenbahnwagens mitgetheilt werden, können den aus entoptischen Massen hervorgerufenen Sinnestäuschungen scheinbare Bewegungen ertheilen. Einzelne Male ist festgestellt, dass Gesichtstäuschungen beim Näherkommen zu wachsen scheinen, und muss man dies durch den Einfluss der Accomodation erklären. Die Verbindung des Auftretens von hellen und dunklen Gestalten im entoptischen Sehfeld mit Bewegungen, die durch Augenmuskel- oder Pulsstösse hinzugefügt wurden, genügt, um bei krankhaft eingeengtem Bewusstsein die Vorstellung verschiedenartiger laufender Thiere oder Gestalten zu erzeugen. Da diese Art der Sinnestäuschungen somit abhängig ist von dem Vorhandensein entoptischer Massen, so erklärt es sich, dass ihre Häufigkeit und Ausdehnung bei sonst gleichen Krankheitszuständen des Gehirns so grossen Schwankungen unterliegt; denn unter physiologischen Verhältnissen ist die Häufigkeit und Ausdehnung entoptischer Gestalten sehr verschieden, so dass man diese Art der Sinnestäuschungen auch nur bei denjenigen Geisteskranken erwarten darf, die jene peripheren Vorgänge schon in gesunden Tagen in sich erlebten Man muss gewissermassen die physiologische Formel des Einzelnen kennen, um den Zusammenhang der Erscheinungen zu verstehen.

Aus diesen peripheren Ursachen allein erklärt sich indessen nur ein Theil der Gesichtstäuschungen. Es ist nun von grossem Interesse, dass der Zustand des zum Gehirn leitenden Sehnerven eine wichtige Erweiterung des Entstehungsgebietes nachweist. Wenn einerseits nach Durchschneidung der Sehnerven früher vorhandene Sinnestäuschungen beseitigt worden sind, — ein Beweis für ihre periphere Entstehung, — so ist andererseits eine Reihe von Fällen bekannt, in denen trotz völligen Schwundes der Sehnerven Sinnestäuschungen bestanden. Da wie gesagt der Schwund ein völliger war, Jahre lang bestand, so ist der Einwand ohne Bedeutung, dass entoptische Reizerscheinungen noch fortgeleitet seien, denn eine Leitung war ausgeschlossen. Der Ort der Entstehung muss also weiter centralwärts gesucht werden. Pathologische Erfahrungen zwingen zu der An-

nahme, dass diese Sinnestäuschungen in der Grosshirnrinde entstehen, und nennt man diese Orte centrale Sinnesflächen. Sie liegen wahrscheinlich nur im Hinterhaupts- und Schläfenhirn, dem Theil des Grosshirns, den wir schon früher als Perceptionshirn kennen gelernt haben.

Eine hierfür wichtige Erfahrung ist folgende: bei paralytischer Geistesstörung sind Sinnestäuschungen sehr selten; mehrfach fanden sich aber die anatomischen Veränderungen, die sich gewöhnlich auf das Stirnhirn beschränken, auch auf weiter nach hinten liegende Hirntheile ausgedehnt in Fällen, die während des Lebens deutliche Sinnestäuschungen darboten.

Ein ganz eigenartiges Interesse bietet noch ein besonderer Fall, in dem einseitig Erscheinungen halber Körper, z. B. ein halbes Gesicht, ein Theil einer Karte auftraten bei gleichzeitigem Gesichtsfelddefect, dessen Ursache in einer Leitungsunterbrechung des gleichen Sehnerven gesucht werden musste; auch hier brachte nur die Annahme ein Verständniss, dass das Material für die Sinnestäuschungen durch die unversehrt gebliebenen Sehnervenfasern gesammelt wurde und daher auch die Erinnerungsbilder nur halbe waren.

Obwohl es nun im einzelnen Falle sehr schwer ist, die periphere oder centrale Entstehung einer Sinnestäuschung nachzuweisen, so ist doch für das Verständniss der Lehre diese Unterscheidung durchaus nöthig und grundlegend. Festzuhalten ist aber, dass beide Arten neben einander bestehen können; nur bei dieser Auffassung sind einzelne Thatsachen zu erklären und zwar ohne weitere Annahmen. Wenn aber einseitig nur periphere oder centrale Entstehung gelten soll, so muss man seine Zuflucht zu Voraussetzungen nehmen, die zu beweisen schwer hält. Die Ansicht, dass nur periphere Entstehung vorkommt, sieht eine Schwierigkeit darin, dass auch solche Gesichtstäuschungen mit völliger sinnlicher Deutlichkeit auftreten, deren Inhalt zweifellos aus dem Erfahrungsschatz des Betroffenen stammt. Sie sieht sich daher genöthigt zu der Annahme, dass der Netzhaut eine Art Gedächtniss zukommt; diese Annahme lässt sich freilich noch unterstützen durch den Hinweis, dass die Netzhaut ihrer entwicklungsgeschichtlichen Anlage noch ein Theil des Gehirns ist, also wie dieses auch die Eigenschaft des Gedächtnisses erhaltener Eindrücke in seinen Zellen enthalten könnte. Sonst spricht nicht viel für diese Annahme; die Mannichfaltigkeit aber und die verwickelte Zusammensetzung der Gesichtstäuschungen, die aus dem gesammten Erfahrungsschatze des Einzelnen stammen, und zeitlich gedacht, sich auf die entferntesten Erlebnisse erstrecken, können wir uns unmöglich an

ein peripheres Netzhautgedächtniss gebunden denken; solche Erinnerungen der Netzhaut, (auch als Nachbilder bezeichnet, die nicht mit den physiologischen Nachbildern zu verwechseln sind), selbst wenn sie auch einige Tage haften könnten, werden immer nur elementare Gestalten zeigen und bedürfen der ergänzenden Thätigkeit im Gehirn auftauchender Vorstellungen.

Dass in der Hirnrinde Erinnerungen aus dem gesammten Erfahrungsschatze auftreten, ist eine der zweifellosesten Beobachtungen des Einzelnen; man kann zwischen ihnen und den Sinnestäuschungen nur einen gradweisen Unterschied erkennen, wie wir bald sehen werden. Aber eine einseitige Auffassung für die Entstehung aller Sinnestäuschungen aus centralen Ursachen sieht sich zu einer andern, auch unberechtigten Annahme gezwungen. Die greifbare sinnliche Deutlichkeit mancher Sinnestäuschungen scheint nämlich durch einen auf die Hirnrinde beschränkten Erregungszustand nicht genügend erklärt, und man nahm daher an, dass von den centralen Sinnesflächen aus eine centrifugale Erregung zu der Endausbreitung des Sehnerven stattfinde. Für diese der physiologischen Leitungsrichtung entgegengesetzte Ausbreitung wird die schon erwähnte Thatsache angeführt, dass die Erscheinungen ihren Ort im Raume bei Bewegungen des Auges zuweilen verändern; ferner der Umstand, dass auf abgelaufene Gesichtstäuschungen, die z. B. beim Einschlafen entstanden waren, später Nachbilder folgen. Wenn man aber festhält an der Auffassung, dass eine Reihe von Sinnestäuschungen überhaupt peripher entstehe, so lassen sich gerade diese beiden hier angeführten Fälle ungezwungen aus dieser Entstehungsursache erklären; die sinnliche Deutlichkeit anderer central entstehender Erscheinungen bedarf aber der Annahme centrifugaler Ausbreitung der Erregung nicht, wenn es möglich ist ein Verständniss zu gewinnen für die Entwicklung dieses Zustandes in der Hirnrinde selbst.

Dies Verständniss ist aber zu erreichen durch Untersuchung der Grundeigenschaft der nervösen Substanz überhaupt, die wir als Gedächtniss im weitetesten Sinne des Wortes kennen. Für den Gehörsinn werden wir diesen Punkt bald eingehender erörtern, da dort seine Bedeutung für die Entstehung von Sinnestäuschungen beim Menschen am deutlichsten ist. Hier wollen wir also nur den Gesichtssinn untersuchen. Alle Gegenstände und Ereignisse, die im Laufe der Zeit durch unser Auge aufgefasst sind, können mehr oder minder dauernde Eindrücke im Gehirn zurücklassen; sie haften als Erinnerungsbilder in unserm Gedächtniss. Theilweise durch willkürlich von Innen auf sie gerichtete Aufmerksamkeit oder durch Wiederholung derselben Eindrücke von Aussen können sie an sinn-

licher Deutlichkeit und Lebendigkeit wiedergewinnen; diese Vorgänge des täglichen Lebens kennt jeder gesunde Mensch. Ich erinnere mich einer bekannten Person, sofort steht ihr Bild vor mir, innerlich als Vorstellung, aber deutlich. Diese Eigenschaft ist freilich bei den verschiedenen Menschen in verschiedener Weise vorhanden. Es möge erinnert werden an die lebhafte Einbildungskraft einiger Maler, die ein ganzes Porträt aus dem Gedächtniss anfertigten; es war für sie jeder Zeit möglich sich willkürlich das Bild vorzustellen. Der einzige wesentliche Unterschied zwischen Erinnerungsvorstellung und Sinneswahrnehmung besteht vielleicht darin, dass sich mit der ersteren der Nebengedanke verbindet, das Object, auf das sie sich bezieht, sei nicht wirklich gegenwärtig. Zwischen solchen Erinnerungsbildern und den centralen Sinnestäuschungen der Kranken besteht sonst nur ein gradweiser Unterschied, der Vorgang ist immer die Wiedererweckung einer Vorstellung. Hier wie überall ist der Uebergang vom Gesunden zum Kranken ein fliessender. Welche Fülle von Erscheinungen in den Vorstellungen der Kranken auftreten kann, ist nun deutlich, wenn man weiss, dass alle Bilder unserer Erinnerung dazu dienen können. Freilich sind eine krankhafte Erregung der centralen Sinnenflächen und das Fehlen der Berichtigung der Täuschung im getrübten Bewusstsein nothwendige gleichzeitige Erfordernisse für das Zustandekommen der genannten Gesichtstäuschung.

Nun ist es zunächst noch auffallend, dass aus dem reichen Schatz der Erinnerungen meistens nur einzelne und sich wiederholende eingehen in den Inhalt der Sinnestäuschungen; ein Kranker sieht immer nur wieder einen Todtenschädel auf dem Stuhlpolster oder der Fensterbank, ein Anderer eine schwarze oder bunte Gestalt; jedenfalls sind die sogenannten „massenhaften“ Hallucinationen sehr selten, obwohl sie in Krankengeschichten oft vorkommen. Das Auffällige jener Erscheinung verschwindet aber etwas, wenn man sich auch hier wieder der Eigenschaft der Materie erinnert, schon erlebte Vorgänge leicht zu wiederholen.

Die besonderen Ursachen der Erregung der Rinde werden an anderen Stellen erörtert; hier sei daran erinnert, dass der Mangel an Kritik, die fehlende Berichtigung durch geordnete andere Vorstellungen schon im Traume verursachen, dass die Bilder flüchtig und zusammenhangslos auftauchen; wenn aber die Aufmerksamkeit gestört ist, wie beim Geisteskranken, so können die Erinnerungsbilder der erregten Hirnrinde auch beim Wachen auftreten.

Vielleicht findet zwischen dem Perceptionshirn und dem Ort, den wir für die willkürliche Auffassung der inneren geistigen Vorzüge in

Anspruch genommen haben, dem Apperceptionsorgan im Stirnhirn, eine Wechselwirkung statt, bei der das Ueberwiegen der Thätigkeit einer Seite krankhafte Erscheinungen hervorruft. Am verderblichsten für das geistige Leben ist es jedenfalls, wenn bei Erregung der centralen Sinnesflächen und eingeengtem oder getrübtem Bewusstsein die Verbindung der Vorstellungen und Erinnerungsbilder unabhängig vom Willen in raschem Flusse stattfindet. Dies ist nun der Fall bei den Geisteskranken, und gerade das Ueberwiegen der unwillkürlich auftauchenden Verbindungen der Vorstellungen über solche, die durch willkürliche Aufmerksamkeit entstehen, werden wir noch genauer kennen lernen als eines der wichtigsten Zeichen für die geistige Störung. Bei diesem Zustande ist die Macht der Sinnestäuschungen eine gewaltige, und man sagt in gewissem Sinne mit Recht, dass der Kranke nicht nur Gesichtstäuschungen zu haben glaubt, sondern er sieht die Gestalten und Erscheinungen wirklich und deutlich. Sie können *neben* unverändert wahrgenommenen äusseren Gegenständen wahrgenommen werden und haben dann oft eine noch stärkere Ueberzeugungskraft als die regelrechten Wahrnehmungen; bei diesen ergänzen sich die einzelnen Sinne möglichst und berichtigen sich. Die gewaltige überzeugende Wirkung der Sinnestäuschung veranlasst daher den Kranken oft zu sinnlosen und verkehrten Handlungen; darum wird die Kenntniss dieses Zusammenhanges so wichtig für die Praxis.

Alle bis jetzt erwähnten Arten von Gesichtstäuschungen, sowohl die peripher entstehenden Netzhautgestalten, wie die gesteigerten Erinnerungsbilder in der centralen Sinnesfläche des Perceptionshirns, auch wenn sie willkürlich durch active Aufmerksamkeit erzeugt waren, sind also *hervorgerufen durch Vorgänge im Innern* des Menschen, oder streng genommen in seinem Centralnervensystem. Man fasst sie auch zusammen unter dem Namen von Gesichts-**Hallucinationen** und stellt ihnen Sinnesverfälschungen gegenüber, deren gemeinsames Merkmal es ist, dass sie durch *äussere* Gegenstände hervorgerufen werden, zu denen in diesem Sinne *alle vor* der Netzhaut liegenden Körper, also auch die betreffenden Theile des Auges gehören; diese Täuschungen heissen **Illusionen.** Ein gesundes Bewusstsein erkennt alle Illusionen leicht als Täuschungen, berichtigt diese durch die anderen Sinne und eine ruhige Ueberlegung. Der erregte oder unbesinnliche Kranke aber deutet die äusseren Gegenstände oft falsch und legt sie verkehrt aus. Trübungen des Glaskörpers und der Hornhaut können Illusionen veranlassen, überhaupt alle Vorgänge, durch die *entoptische Schatten* auf die Netzhaut fallen. Es

gibt Fälle von einseitiger Gesichtsillusion, die nach einer Iridectomie oder Linsenextraction, ja selbst beim Schliessen des Auges verschwanden. Das ganze weite Gebiet der sichtbaren Aussenwelt kann aber auch der Schauplatz dieser Illusionen werden; nur in dem Augenblick, wo ein sehendes Auge Gegenstände auffasst, entstehen Illusionen, sie sind immer ein Erzeugniss der Gegenwart. Hallucinationen bedürfen dagegen oft zu ihrem Entstehen vorausgegangener Eindrücke, häufig aus weit zurückliegender Vergangenheit; Netzhaut-Blinde können hallucinieren, Gesichtsillusionen fehlen ihnen immer.

Die Dunkelheit der Nacht, das Dämmerlicht ist nun die Zeit, in der die erregte Einbildung die unbestimmten Gesichtseindrücke am Leichtesten zu falscher Auffassung umbildet. Steine und Baumstümpfe werden zu Gespenstern, Wolken und Felsen täuschen in verschwimmenden Umrissen phantastische Formen und Geschöpfe vor, je mehr die Besonnenheit schon verloren gegangen ist. Schliesslich sieht der Kranke auch bei hellem Tageslicht in zweifellosen Erscheinungen der Wirklichkeit andere Dinge, und so findet ein unmerklicher Uebergang von Illusionen aus verkehrt aufgefassten Gegenständen zu rein eingebildeten Vorstellungen, den Wahnvorstellungen statt; so erblickte Don Quixote in den Windmühlflügeln Riesenarme; in dem Gedankenkreise des Kranken liegen auch immer Vorstellungen dazu in Menge bereit. Hier berührt sich die Entstehungsart der Illusion gelegentlich dann wieder sehr nahe mit der der Hallucination, weil von Aussen wirkende Eindrücke oft nicht mehr vorhanden sind. Illusionen beruhen auf Irrthümern der Erkenntniss, auf falscher Beurtheilung äusserer sinnenfälliger Gegenstände; Personenverwechslungen gehören zu den häufigsten Illusionen; Aberglaube erleichtert die verkehrte Auffassung. Illusionen schliessen Hallucinationen nicht aus, sie können gleichzeitig bei einer Person vorkommen, und ist es dann nicht leicht im einzelnen Fall die Entstehungsart zu unterscheiden. Wahrscheinlich ist eine solche Mischung das gewöhnliche Verhalten und geschieht die Verlegung der eigentlichen Hallucinationen um so leichter nach Aussen, wenn sie durch Illusionen im und vorm Auge unterstützt werden. Dass aber Hallucinationon wie gewöhnliche Erinnerungsbilder schon an und für sich nach Aussen verlegt werden, geht daraus hervor, dass wir letztere bei geschlossenen Augen immer vor uns zu haben glauben; eine Versetzung des Erinnerungsbildes hinter den Rücken ist dagegen sehr schwierig.

Wir haben jetzt die Entstehung und den Sitz der Gesichtstäuschungen kennen gelernt, haben erfahren, dass theilweise Gegenstände der Aussenwelt, theilweise Vorgänge im eigenen Innern dabei

in Betracht kamen; anknüpfend an die Thatsache, dass ein innerliches Sehen unsere Gesichtsvorstellungen fast mit sinnlicher Deutlichkeit begleiten kann, wollen wir nun auch die **Entstehung und den Sitz** der **Gehörstäuschungen** untersuchen. Die Wichtigkeit der erörterten Auffassung ist hier noch grösser und für das Verständniss geistiger Störungen überhaupt von grundlegender Bedeutung, denn wir betreten damit das Gebiet der Sprache, die den Menschen vorm Thier auszeichnet, die Weg und Mittel jeder höheren geistigen Entwicklung ist, und deren Betrachtung auch die feinste Art für die Untersuchung eines Geisteszustandes wird. Dieselbe Lebhaftigkeit wie beim innerlichen Sehen kann nun auch beim innerlichen Hören stattfinden; es kommt aber hierbei ein wichtiger Umstand hinzu, der das innerliche Hören viel lebhafter macht als das innere Sehen. Es ist die Gewohnheit des Menschen, in Wortbildern zu denken; die meisten Menschen begleiten ihre Gedanken mit der besondern Form von Sprach- oder Schriftbildern, andere mit Sprechbildern, d. h. also es findet bei ihnen eine Erregung der Sprechmuskeln vom Hirn aus statt. Seltener ist die mit Schreibbewegungen verbundene Vorstellung. Diese Verhältnisse sind schon früher (Seite 12) genauer erörtert worden, so dass wir hier als Thatsache annehmen die Verbindung von innerem Hören mit innerlichem Sprechen. Wenn dann in der centralen Sinnesfläche des Gehörsinnes Erregungszustände eintreten, so werden die lebhaft gesteigerten Klangbilder und Wortbilder nicht nur wie die Gesichtsbilder nach Aussen verlegt, sondern gleichzeitig zu sinnlicher Deutlichkeit im höchsten Grade dadurch erhoben, dass den Sprechmuskeln eine Erregung zufliesst. Das innerliche Sprechen ist ein Vorgang, der in den verschiedensten Stärkegraden auftritt und dadurch die Uebergänge vom gesunden zum kranken Geistesleben beweist; natürlich braucht es nicht jeden centralen Erregungsvorgang zu begleiten, wo es aber der Fall ist, sind die Gehörshallucinationen von packender Gewalt. Ihre Verbreitung ist bei Weitem grösser als die der Gesichtshallucinationen, und dies muss auf die so häufige Verbindung mit Sprechbildern zurückgeführt werden. Diese Verbindung von Wort und Gedanke ist so fest, dass bei den meisten Menschen jeder Gedanke ein Gefühl in denjenigen Sprechmuskeln hervorruft, die bei wirklichem Aussprechen in Bewegung versetzt werden. Diese leichten Bewegungseindrücke sind doch stark genug, um als Bewegungsempfindungen nun rückläufig zu wirken. Beweisend dafür ist die Aeusserung vieler Gehörshallucinanten, es sei so, als ob ihre Gedanken innerlich gesprochen oder nach-

gesprochen würden, als ob ihnen Mittheilungen gemacht würden auf dem Wege der Gedanken, ihre Gedanken laut würden. Auch das Doppeldenken ist nur ein anderer Ausdruck für denselben Vorgang der Mitbewegung der Sprechmuskeln. Auch kommt die Angabe vor, es würden die Worte vorweg gesprochen, ehe der Kranke sie ausgesprochen habe, als seien sie in sein Gehirn hineingedrückt. Ist die Urtheilskraft geschwächt, so werden später diese zuerst innerlich verstandenen Worte nach aussen verlegt und es verschwindet dann auch die frühere Angabe, dass die Gedanken ihnen gemacht würden, dafür tritt dann die Vorstellung ein, dass wirkliche äussere Ursachen vorliegen.

Aber damit ist die centrale Entstehung von Gehörshallucinationen noch nicht erschöpft. Die Erinnerungsbilder von der Stimme bestimmter Personen sind leicht erregbar; die Klangfarbe der Stimme unserer Angehörigen können wir uns leicht ins Gedächtniss rufen. Solche Vorstellungen liegen auch im Kranken jeder Zeit bereit und verbinden sich rasch mit andern Erinnerungsbildern; der Hallucinant hört die Stimme der Verwandten oder der Personen aus seiner Umgebung seine eigenen Gedanken aussprechen. Zur Erklärung für diesen Vorgang werden diese Hallucinationen von den Kranken als innere Stimmen bezeichnet, die durch Telephoniren oder Telegraphiren, neuerdings auch durchs Photophon ihnen beigebracht seien; wie denn die Kranken den freiesten Gebrauch machen von der Entdeckung neuer Instrumente, die öffentlich bekannt werden. Je unklarer ein Bewusstsein, je ungebildeter der Kranke ist, desto leichter und unumstösslicher wird ihm eine solche Erklärung. Die Stärke dieser Stimmen müssen wir uns abgestuft denken von der leisen innerlichen Sprache des Gesunden bis zur sinnlichsten Deutlichkeit, wo der Kranke wirklich wohl so deutlich hört als bei gesprochenen Worten; ja unter Umständen ist die Täuschung so gewaltig, dass sie ein gleichzeitig gehaltenes Gespräch übertönt. Sicher sind indessen auch Fälle, in denen die Täuschung dem Betroffenen selbst nicht über das Bereich des eigenen Körpers zu gehen scheint, nicht in die Aussenwelt verlegt wird; sie reden von Gedankensprache, hören nicht Stimmen Verstorbener, sondern deren Gedanken in ihrer eigenen Seele. Oder die Stimmen machen ein leises Geräusch, dies wird in irgend einen Theil des eigenen Körpers versetzt; vermuthlich ist in diesen Fällen irgend ein krankhaftes Gefühl in dem betreffenden Körpertheil die Ursache der Verlegung der Stimmen dahin. Eine eigenthümliche Ausdrucksweise bei Geisteskranken mit Gehörstäuschungen ist die Angabe, dass Andere ihre Gedanken lesen;

das Fremdartige der eigenen Sprechmuskelbewegungen scheint so bezeichnet zu werden. In einzelnen Fällen haben Kranke selbst diese Bewegung ihrer Sprachwerkzeuge beachtet. Ein Gesetz in dem Sinne aufzustellen, dass rein innerliches Hören dem innerlichen Sprechen, also der Mitbewegung der Sprechmuskeln vorausgeht, ist nicht berechtigt, aber die Stärke der centralen Erregung ist gradweise und die Verbindung beider Vorgänge nicht gleichmässig, je nach der Eigenart des betroffenen Menschen. Wer als Gesunder gewohnt ist, mehr in Schrift- oder Schreibvorstellungen als in Sprechvorstellungen zu denken, verbindet die Gehörshallucination mit einem Schriftbild, und auf diese Weise kommen wahrscheinlich die seltenen Fällen zu Stande, in denen das hallucinirte Wort auch gesehen wird, an der Wand, auf dem Tisch u. s. w.

Dass der Ort der Reizung im Gehirn wesentlich in Betracht kommen kann, wird dadurch bewiesen, dass einseitige Gehörshallucinationen nach Herderkrankungen, und zwar der entgegengesetzten Seite in der Hirnrinde beobachtet sind.

Bis jetzt war es möglich, die Entstehung der Gehörstäuschung gebunden an den centralen Ursprung zu untersuchen; wir müssen nun dazu übergehen, festzustellen, wie weit auf dem Weg des Hörnerven zum Centrum und in seiner Endausbreitung noch echte Hallucinationen zu Stande kommen können. Anatomisch ist zu bemerken, dass nicht wie beim Sehnerven die Netzhaut, das periphere Ende des Hörnerven, das Cortische Organ sich aus einem Gehirntheil entwickelt hat. Wir haben desshalb überhaupt keinen Grund, an eine ähnliche Aufbewahrung von Erinnerungsbildern in den Hörzellen zu denken, an ein peripheres Gedächtnis wie bei der Netzhaut; ausserdem aber lässt uns auch die Erfahrung hier im Stich und wir können nur vermuthen, dass vielleicht Erkrankungen des Cortischen Organs zu unmittelbaren Ursachen von Gehörshallucinationen werden.

Im Anschluss an das früher über Hallucinationen bei Schwund des Sehnerven Gesagte, führe ich hier nur kurz an, dass Taube an Gehörshallucinationen leiden können. Erinnert sei auch an die Fähigkeit grosser Tonkünstler, wie Beethoven, bei völliger Taubheit Symphonien zu componiren, was fast sinnliche Deutlichkeit seiner Tonvorstellungen voraussetzt.

Zahlreich dagegen sind die Veranlassungen von Gehörstäuschungen ausserhalb des Hörnerven, die wir zu den Illusionen zählen müssen. Zuerst ziehen unsere Aufmerksamkeit auf sich die sogenannten entotischen Geräusche; was davon auf selbstständige Reizzustände der Hörnervenendigung zu beziehen ist, lässt sich nicht

feststellen und müssen etwaige derartige Zustände hier gemeinsam mit den Ursachen untersucht werden, die in der nächsten Umgebung auftreten. Im Ohr selbst sind es Entzündungen des Trommelfells und der Paukenhöhle, ferner alle jene Bedingungen, welche die Labyrinthflüssigkeit unter gesteigerten Druck versetzen, wie durch Druck vom äusseren Gehörgang oder durch Verschluss der Eustachischen Trompete. Daher ist chronischer Katarrh die häufigste Ursache von Ohrgeräuschen, denn er führt zur Verdickung und Spannung der Fenstermembranen, der innere Ohrdruck reizt die im Labyrinthwasser schwimmenden Nervenausbreitungen des Acusticus, und wir haben Ohrensausen u. s. w. Blutüberfüllung und Entzündung der halbzirkelförmigen Canäle werden auf ähnliche Weise wirken. Starke und andauernde Geräusche entstehen durch klopfende Gefässe, wie z. B. durch die in mehrfachen Windungen durch das Schläfenbein ziehende Carotis interna; oder im Bulbus der Vena jugularis interna entstehen unter dem Boden der Paukenhöhle sausende Geräusche, besonders oft bei allgemeiner Blutarmuth. Alle diese Geräusche können Stoff zu Illusionen werden, wenn sie eintreten in ein eingeengtes oder gestörtes Bewusstsein, während der Gesunde meistens die richtige Auffassung gewinnt; aber auch er verlegt das Läuten und Pfeifen oft nach Aussen, bis die Erfahrung ihn lehrt, dass der Lärm nur im eigenen Kopfe sitzt. Dass auch andere Geräusche im Körper, wie Luft- und Gasbewegungen im Darmrohr, Rasselgeräusche in den Lungen, Herztöne das Material für Illusionen werden können, mag nur angedeutet werden.

Dann können aber alle wirklichen Geräusche der Aussenwelt durch falsche Auffassung zu Illusionen werden; vorzugsweise verworrene Tagesgeräusche, Fahren von Wagen, gleichzeitiges Sprechen vieler Menschen, entfernte Musik werden oft falsch gedeutet. Hier zeigt sich schon wieder eine nahe Verwandtschaft dieser Gehörsillusionen mit Wahnvorstellungen.

Selbstverständlich können Hallucinationen und Illusionen des Gehörs neben einander auftreten, dann nützt auch die Entfernung der Ursache der Illusion, wie z. B. eines Ohrenpfropfen, nur theilweise. Eine merkwürdige Beobachtung ist es, dass viele an Gehörstäuschungen leidende Kranke ihre Ohren verstopfen; vielleicht erklärt sich dies durch die Annahme, dass Illusionen aus den eben genannten verworrenen Tagesgeräuschen dadurch verhindert werden, theilweise aber wird der Versuch nutzlos sein und nur aus dem allerdings zweifellosen Bestreben zu verstehen sein nach Aussen versetzte Hallucinationen fernzuhalten.

Den beiden höheren Sinnen schliessen sich die niedrigeren an. Beim **Geruch** ist die Trennung von Hallucinationen und Illusionen deutlich nur in den weit auseinanderliegenden Gebieten ihrer Entstehung in einer centralen Sinnesfläche und in der Umdeutung ausserhalb des Körpers gelegener Ursachen. Das Grenzgebiet der Endausbreitung des Riechnerven und der ihm benachbarten Schleimhäute erlaubt praktisch nicht mehr zu unterscheiden zwischen peripher entstehender Hallucination und im eigenen Körper begründeter Illusion. Ob die frei endenden und zerstreut liegenden Riechzellen unmittelbar gereizt werden oder nur durch Zustände der umgebenden Schleimhaut, ist in Wirklichkeit nicht zu unterscheiden. Wenn wir daher peripher auftretende Geruchshallucinationen für möglich halten werden, so fallen sie für unsere Betrachtung doch zusammen mit den Illusionen; Nasenschleimhautkatarrhe mit begleitenden Zersetzungsvorgängen beginnen die Reihe der Illusionen vorbereitenden Ursachen, Blutüberfüllung der Schwellkörper, Schleimhautwucherungen u. s. w. gehören hierher. Im einzelnen Fall können auch alle sonstigen pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Nase ein Material werden für die geistige Verarbeitung zu Illusionen. Ferner Gerüche, die in anderen Theilen des eigenen Körpers thatsächlich entstehen; so der faulende Geruch sich zersetzenden Zungenepithels, der Verwesung oder Vergiftung vortäuscht. Die Möglichkeit der Umdeutung aller wirklichen Gerüche der Aussenwelt zu Illusionen, die dem sonstigen Vorstellungsinhalt verwandt sind, ist uns jetzt leicht verständlich, nachdem wir diesen Vorgang beim Gesichts- und Geruchssinn erörtert haben.

Gehen wir nun auch noch rasch einige Schritte auf dem umgekehrten Wege zum Centrum weiter, so ist die Beobachtung zu erwähnen, dass bei fortschreitender Zerstörung der Riechnerven durch Geschwülste unangenehme Geruchshallucinationen beobachtet worden sind; also so lange ein Reizzustand im Nerven vorlag. Die gänzliche Zerstörung und der völlige Schwund der Riechnerven, der auch bei Druckvermehrung in der Schädelhöhle vorkommt, führen natürlich zum Verlust des Geruchssinnes; es scheinen aber nur ganz einzelne Fälle von echten Hallucinationen bei Schwund des Geruchs-Nerven vorzukommen, wie sie bei den höheren Sinnen angegeben sind. Bemerkenswerth ist die Erscheinung von stundenweise oder für Tage auftretendem Geruchsmangel bei Personen, die an Hirndruck leiden. Schwankungen des letzteren sind dann als Ursache anzusehen, und dürfen wir vielleicht auch das periodische Auftreten von Geruchshallucinationen theilweise auf diese Ursache zurückführen; ebenso

wird es sich möglicherweise auch in den anderen Sinnesgebieten verhalten.

Ueber die Geruchshallucinationen, die in einer centralen Sinnesfläche entstehen, ist hier nicht viel zu erörtern, da uns der Sitz in der Hirnoberfläche des Menschen nicht sicher bekannt ist. Klinisch ist es sehr auffallend, dass Geruchshallucinationen sich oft verbinden mit krankhaften Erscheinungen auf sexuellem Gebiet; schon bei Schwangeren und Hysterischen, mehr aber noch bei Geisteskranken ist dabei deutliche sexuelle Erregung beobachtet.

Entstehung und Sitz der Sinnestäuschungen im **Geschmackssinn** haben grosse Verwandtschaft mit den eben für den Geruchssinn erörterten Verhältnissen; auch sie sind sehr selten. Doch sind sie praktisch nicht ohne Bedeutung, da Störungen im Geschmackssinn zuweilen zu Nahrungsverweigerung führen. Wenn wir versuchen die Scheidung von Hallucination und Illusion zu machen, so ist auch hier nur in den von einander entfernten Gebieten der Unterschied klar, der in dem Grenzgebiet undeutlich wird. Die Contactsinne des Geruchs und Geschmackes lassen die Möglichkeit unmittelbarer Wirkungen von Vorgängen auf den Schleimhäuten sehr oft nicht ausschliessen; chemische Einwirkungen von Zersetzungen in der Mundhöhle spielen z. B. gewiss eine häufige Rolle. An der Möglichkeit einer rein centralen Entstehung festzuhalten zwingt uns aber allein schon die Ueberlegung, dass Geschmackstäuschungen oft neben Geruchs-, Gehörs- und Gesichtstäuschungen auftreten; die Annahme, dass gleichzeitig in allen diesen Gebieten periphere Reizzustände die Ursache seien, wird sehr künstlich erscheinen, neben der so natürlichen Erklärung, dass gleiche Erkrankungszustände in den verschiedenen centralen Sinnesflächen die Ursache sind. Alle cerebralen Hallucinationen stehen auch immer in nahen Beziehungen zu dem sonstigen Bewusstseinsinhalt, während die peripheren Hallucinationen und die Illusionen, die meistens nur einem einzelnen Sinnesgebiete angehören, sich dem Vorstellungsverlaufe gegenüber selbständiger zu verhalten pflegen.

Von grosser praktischer Bedeutuug sind die **Gefühls**täuschungen, und würde die Trennung der Entstehung nach dem verschiedenen Sitz und ihre Auffassung als Hallucination oder Illusion auch von Wichtigkeit für die Beurtheilung des einzelnen Falles werden, wenn sie sich durchführen liesse. Die Hauptschwierigkeit der Untersuchung betrifft auch hier wieder das Grenzgebiet von Hallucination und Illusion; die weite Zerstreuung der Nervenendausbreitungen in der gesammten Hautbedecknng, in den Schleimhäuten und den inneren Organen überhaupt führt ausserdem auf eine besondere, den anderen

Sinnen fremde Anschauung. Es sind fast immer nur kleinere Theile des gesammten Gefühlssinnes zu untersuchen; es gilt zu unterscheiden, ob diese nur bestimmten peripheren Nervengebieten angehören, oder ob es Gebiete sind, deren Nerven erst im Centrum zusammengehören. Im letzteren Fall ist die Gefühlstäuschung wahrscheinlich im Gehirn begründet, also eine Hallucination, im andern kann es sich auch um eine Illusion handeln. Im Hautorgan ist der Nachweis der Zusammengehörigkeit nicht oft möglich, eher schon geht es in den Schleimhäuten und inneren Organen, die schon an und für sich deutlicher gegen ihre Umgebung abgegrenzt sind. Der Nachweis von peripher in der Haut entstehenden Hallucinationen ist jedoch weder subjectiv noch objectiv ausführbar, da wir es nicht gewohnt sind, Empfindungen in den Hautnervenendigungen uns überhaupt anderswo als dort entstehend vorzustellen. Wegen dieser Eigenschaft steht der Hautsinn als Contactsinn dem Geruchs- und Geschmackssinn nahe. Im Wesentlichen sind es dann mechanische Eindrücke, die zu Illusionen im Gefühlssinn führen können, auch besonders oft Wärmeunterschiede.

Ein Beweis für die Richtigkeit der Ansicht, dass Gefühlstäuschungen gewöhnlich Illusionen sind, liegt darin, dass die betreffenden Empfindungen von den Kranken in der Regel nur mit ähnlichen Vorgängen verglichen, nicht als solche selbst bezeichnet werden. Indessen bei längerem Bestehen verschwindet in der Vorstellung des Kranken immer mehr ihre ursprüngliche Veranlassung, und es kann daher eine frühere Illusion in den Erinnerungsschatz übergehen und aus diesem später als selbständige Hallucination wieder auftauchen; eine Bemerkung, die natürlich auch für die übrigen Sinnesgebiete gelten kann. Für das Gefühl gibt die bekannte eingebildete Vorstellung des Vorhandenseins eines amputirten Fusses ein Beispiel einer Hallucination, die central geworden ist, nachdem die anfänglichen Reizerscheinungen in den Nervennarben verschwunden sind. Hierbei ist übrigens durch Betheiligung des Muskelsinnes der Vorgang schon ein verwickelter; überhaupt lassen sich Haut- und Muskelgefühl oft nicht von einander trennen in der Betrachtung der Gefühlstäuschungen; wenn z. B. bei Krankheiten, die zu Gefühllosigkeit in der Haut führen, verkehrte Stellungen der Glieder Veranlassung von Illusionen werden, so ist die Vermittelung hergestellt durch die periphere Endigung der Nerven in den Muskeln. Aber auch die centrale Fläche des Muskelsinns kann zu Gefühlshallucinationen führen; ein Beispiel ist das merkwürdige Gefühl des Fliegens.

Die Vermischung wirklicher, richtig aufgefasster Wahrnehmungen mit Umdeutungen anderer, daneben befindlicher Eindrücke ist am

häufigsten zu finden in Vorstellungen über den Zustand der Eingeweide; der Hypochonder ist hierzu besonders geneigt, aber auch bei andern psychischen Störungen geschieht es sehr oft. Sehr wichtig sind hier Täuschungen, die von Zuständen des Geschlechtsapparats ausgehen; ferner die als mangelndes Sättigungsgefühl bezeichnete Störung, deren Veranlassung oft in Magenerkrankungen liegt. Aber auch alle anderen Eingeweideorgane können im gesunden oder kranken Zustande das Gemeingefühl verändern und dadurch dann zu Täuschungen führen. Dies Gemeingefühl ist sicher central begründet, wie namentlich das Auftreten zahlreicher Mitempfindungen beweist, die sich an Reizzustände der verschiedensten Nerven anschliessen. Bei weitem die wichtigste der Störungen der Gemeinempfindungen ist der Schmerz; er ist daher auch für die Entstehung von Gefühlstäuschungen von umfassendster Bedeutung. Wenn aber Erkrankungen der Nervenfasern selbst verarbeitet werden zu Wahnvorstellungen, so sehen wir, dass falsch aufgefasste Empfindungen nicht immer echte Sinnestäuschungen sind, sondern dass der Unterschied zwischen diesen beiden Arten der Störungen des Wahrnehmungsvorganges festgehalten werden muss.

Im Vorstehenden ist die Entstehungsweise der Sinnestäuschungen nach ihrem verschiedenen Sitz geschildert. Wir gehen nun an die Betrachtung ihres **Inhaltes** im Allgemeinem mit Berücksichtigung der **Häufigkeit der Sinnestäuschungen.** Voranzustellen ist die schon berührte Erscheinung, dass Sinnestäuschungen im Allgemeinen dem gerade vorhandenen Bewusstseinsinhalt verwandt sind, am deutlichsten zeigt sich diese Erscheinung in dem Lautwerden der Gedanken; da die Gehörstäuschungen vorzugsweise in chronischen Störungen vorkommen, sind sie die häufigsten Sinnestäuschungen überhaupt, und bei ihnen ist die Anknüpfung ihres Inhaltes an vorhandene Gedanken sehr gewöhnlich und auch durch die Sprache vermittelt. Der Kranke nennt bezeichnend dafür diese Vorgänge „Stimmen"; doch bestehen daneben natürlich noch zahlreiche, anders bezeichnete Geräusche. Der Inhalt der Gehörstäuschungen ist meistens ein unangenehmer, peinigender. Schmähungen, Beschimpfungen und höhnische Bemerkungen, die meistens in kurzen Sätzen auftreten, setzen den Kranken in Angst und Aufregung, veranlassen ihn zu Gewaltthaten gegen seine vermeintlichen Beleidiger und Verfolger; ihre Drohungen zwingen ihn zur Flucht; Befehle leiten ihn zu unsinnigen und unnatürlichen Handlungen, besonders wenn die Stimmen höheren Mächten zugeschrieben werden. Häufig werden die Stimmen nach Höhe und Klangfarbe unterschieden und dann verschiedenen Personen zuge-

schrieben. Sie sprechen leise, flüsternd oder zischend, aus der Ferne, von oben oder aus dem Boden; andere Male sind sie so laut, dass sie alle anderen Geräusche übertönen. Seltener hört der Kranke laute Geräusche, Musik oder Gesang; am seltensten haben sie einen angenehmen Inhalt. Die Kranken hören ein Schlagen wie mit einem Hammer, Pfeifen, das Läuten von Glocken oder das Einschlagen von Nägeln in einen vermeintlichen Sarg. Sie pflegen meistens mit Gesichtstäuschungen verbunden zu sein und in Form übernatürlicher Wesen aufzutreten. Gott oder Christus erscheinen dem Kranken, geben ihm Aufträge und Verheissungen zukünftiger Grösse, enthüllen ihm eine hohe Abstammung, sagen ihm wohin er gehen und wie er seine Rechte geltend machen soll. Indem sie wieder eingehen in den Vorstellungskreis, aus dem sie meistens entstanden sind, bilden die Gehörstäuschungen eine immer neue Anregung zu denselben Wahnvorstellungen, und engen den an und für sich schon beschränkten Gedankenkreis ein in dieselben Grenzen.

Es gibt, freilich nicht so häufig Fälle, in denen die Stimmen dem Vorstellungsinhalt völlig fremden Inhalt haben und dadurch um so erschreckender wirken; oft lässt sich aber auch hier noch nachweisen, dass es contradictorische Vorstellungen sind, die umgesetzt werden; also auch dann ist der Zusammenhang psychologisch verständlich. Die Verwandtschaft des Inhaltes ist am grössten bei Gemüthsaffecten, fehlen diese so wird der Inhalt der Gehörstäuschungen in der Regel ein selbstständigerer.

Der Inhalt der Gesichtstäuschungen ist nicht so vorschlagend ein unangenehmer. Weil sie sich am häufigsten bei frischen Erkrankungen zeigen, ist ihre Färbung, wie bei diesen die Stimmung, ebenso oft eine heitere wie eine gedrückte; die Entstehung bedingt hier deutlicher noch als bei den anderen Sinnen den Inhalt. Die meistens peripher auftretenden Sinnestäuschungen der Säufer bestehen aus Erscheinungen von Thieren, Mäusen, Ratten, Vögeln, Insecten in grosser Zahl, deren rasche Bewegungen den Kranken oft erheitern, zuweilen auch erschrecken. Andere peripher auftauchende Lichterscheinungen sind Feuer- oder Lichtmassen; der Kranke glaubt sich im Himmel, sieht Gottes Herrlichkeit leuchtend geoffenbart, oder er wähnt sich von den Flammen der Hölle umgeben; hin und herhuschende Schatten sind Teufelserscheinungen. Je enger das Bewusstsein ist, je schreckhafter wird ein solcher Inhalt der Gesichtstäuschungen, und sind diese Angstzustände, z. B. bei Epileptischen zuweilen von furchtbarer Heftigkeit. Auch im Fieber können sie sich zeigen. Sehr gewöhnlich ist ein religiöser Inhalt; bekannt sind die historischen Beispiele der Visionen mehrerer Religionsstifter.

Uebrigens dürfen nicht alle Angaben der Kranken über Gesichtstäuschungen und Sinnestäuschungen überhaupt unbedenklich als solche beweisend angenommen werden; gerade die ersteren sind sehr oft nur für wahr gehaltene Träumereien, oder der Kranke ist geneigt bei eindringlichen Fragen in dieser Richtung in einer Art Prahlerei flüchtige Vorstellungen als deutliche Sinneserscheinungen auszugeben.

Aehnliche Urtheilstäuschungen begegnen uns auch beim Geruchssinn; sonst sind die wirklichen Sinnestäuschungen ihrem Inhalt nach hier meistens unangenehmer Art. Leichengestank, Schwefelgeruch werden oft angegeben; Vergiftungswahn und Nahrungsverweigerung begleiten diese Erscheinungen in vielen Fällen. Die meisten Geschmackstäuschungen sind wie die Geruchstäuschungen widriger Natur und werden in der Regel auf Beimischungen zu den Speisen bezogen. Im Vergleich mit den höheren Sinnen treten in den beiden genannten Gebieten wahre Sinnestäuschungen nicht sehr häufig auf, sind aber nichtsdestoweniger wegen der begleitenden Nahrungsverweigerung von hervorragender praktischer Wichtigkeit. Einzelne Male findet man auch wohl angenehme Täuschungen, in denen der Kranke schwelgt.

Entsprechend der grossen Ausdehnung des Gebietes aller Gefühlsnerven sind Gefühlstäuschungen sehr zahlreich und verschiedenartig. Vielleicht ist ihre Häufigkeit ebenso bedeutend wie die der Gehörstäuschungen, da wir Störungen des Muskelsinns und Gemeingefühls, ferner solche in Haut und Schleimhäuten dazu rechnen müssen. Ihr Inhalt ist häufiger als in den anderen Gebieten ein angenehmer, doch überwiegen auch hier die unangenehmen Erscheinungen. Namentlich behalten sie diesen Charakter im Beginn ihres Auftretens, wo sie meistens dem Vorstellungsinhalt fremd sind; erst mit zunehmender geistiger Schwäche verschwindet die widrige Natur, nach Zurücktreten des anfänglichen Affectes werden die Kranken gleichgiltiger dagegen. Man wird sich hüten, alle die abenteuerlichen Beurtheilungen, die sich an wirkliche, aber falsch aufgefasste Empfindungen der Kranken knüpfen, ohne Weiteres als wahre Sinnestäuschungen anzusehen; aber sie verschmelzen doch so oft mit einander, dass die meisten Beobachter immer wieder veranlasst werden, sie zusammenzustellen. Eigenthümlich sind die Ausdrücke der Kranken, die zum Vergleich ihrer Empfindungen gewählt werden. Sehr verbreitet sind Bezeichnungen wie Zupfen, Stechen, Brennen, Reissen, die auf den peripheren Ursprung deuten. Sehr leicht schliessen sich daran Angaben, dass sie elektrisirt und magnetisirt würden, entschieden Versuche, die Erklärung des Empfundenen zu geben. Der Inhalt ist besonders auch abhängig von den sinnlichen Gefühlen, die aus dem Zustand der innern Körper-

organe erwachsen; eine besondere Beachtung verdienen die Zustände der Geschlechtsorgane, die in den Inhalt der Gefühlstäuschungen eingehen.

Schliesslich soll noch hervorgehoben werden, dass die Täuschungen einzelner Sinne sehr gewöhnlich mit einander vorkommen. Selten freilich gleichzeitig in allen Sinnen; am häufigsten zusammen treten Täuschungen in den Contactsinnen auf, namentlich gleichzeitig in Geruch und Geschmack. Gehörstäuschungen sind oft allein da, Gesichtstäuschungen fast niemals ohne solche des Gehörs oder des Gefühls.

Ueber den **Verlauf der Sinnestäuschungen** ist zu bemerken, dass die Stärke der Täuschungen schwankt während der Krankheit, im Beginn und Ende sich abschwächt; selten ist ein plötzliches Aufhören. Bei eintretender Genesung werden die Gesichtstäuschungen meistens blasser, die Umrisse verschwimmen, die Gehörstäuschungen erscheinen undeutlicher, entfernter. In dieser Zeit kann der Versuch gemacht werden, die Beobachtung des Kranken auf das Krankhafte der Zustände hinzulenken, um die eintretende Genesung zu beschleunigen. Aber auch dann ist Vorsicht rathsam, da es gilt, die Aufmerksamkeit nicht aufs Neue auf jene schwindenden Vorgänge zu lenken. Verkehrt ist es aber auf der Höhe der Krankheit dem Patienten die Sinnestäuschungen ausreden zu wollen; es ist dies durchaus erfolglos und gewöhnlich nur schädlich, da man dadurch nur das Misstrauen des Betroffenen erregt oder verstärkt; den Verlauf der Sinnestäuschungen unterbricht man dadurch jedenfalls nicht.

Unsere Auseinandersetzungen haben uns mehrfach dahin geführt zu zeigen, dass Sinnestäuschungen ohne scharfe Grenze aus gesunden zu kranken Zuständen überführen. Es verdient Beachtung, dass sie eben nicht nur in geisteskranken Zuständen vorkommen; dabei denke ich weniger an die Vorgänge im Traum und Rausch als an die Erfahrung, dass gerade geistig hochstehende Menschen zweifellose Sinnestäuschungen hatten. Insofern genügt ihr Nachweis nicht zur Diagnose der Geisteskrankheit, die Feststellung einer Umwandlung der ganzen Persönlichkeit gehört durchaus dazu; denn der Gesunde berichtigt die verfälschten Wahrnehmungen durch die anderen Sinne und den Schatz der in seinem Bewusstsein aufgehäuften Erfahrungen und Vorstellungen.

Eine andere Gruppe der Störungen des Bewusstseins beschäftigt sich weniger mit der Beschaffenheit der einzelnen Vorstellungen, als mit ihrer Verbindung und Verarbeitung; sie weisen dadurch schon den Uebergang zu dem folgenden grösseren Abschnitt. Hierher gehören zunächst:

2. Die Störungen des Bewusstseins im Schlaf und Traum; verwandte Bewusstseinstrübungen und hypnotische Zustände.

Namentlich der **Schlaf** steht in so mannichfacher Beziehung zu den geistigen Leistungen und Störungen überhaupt, dass es nöthig ist, sich über seine Entstehung eine klare Vorstellung zu verschaffen. Zu seinem Eintritt wirken zwei Vorgänge in der Regel gleichzeitig ein: die Erschöpfung des centralen Nervensystems und die Herabsetzung oder Aufhebung der Aufmerksamkeit. Durch die letztere Bemerkung werden wir schon darauf hingeführt, dass der Schlaf sich an die Thätigkeit des Apperceptionsorganes knüpft; im Wesentlichen sind es nun Hemmungswirkungen, die auf Herz-, Athembewegungen u. s. w. sich ausdehnen; während ihres Einflusses ruht und erholt sich die psychophysische Seite des Geisteslebens. Eine Steigerung oder Herabsetzung der regelmässigen periodischen Function des Gehirns, die im Schlaf hervortritt, kann eines der auffallendsten Zeichen geistiger Störung werden. Am Wichtigsten ist die Schlaflosigkeit, da sie nicht nur ein Zeichen, sondern eine immer wieder neue Veranlassung für die Entwicklung der geistigen Störung wird. Ein unruhiger Schlaf kann auch bei gesunden Menschen regelmässig vorhanden sein und darf dann nicht als bedenklich angesehen werden; natürlich als etwas Neues, bisher Unbekanntes, bekommt auch dies Zeichen grössere Bedeutung.

Bedenklicher dagegen ist die Erscheinung des Nachtwandelns In der Regel während des Schlafes, seltener auch am Tage im Anschluss an Krampfzustände bei Hysterischen und Epileptischen, stehen die Kranken auf, gehen umher, verrichten die verschiedensten Handlungen, begehen in diesem Zustande sogar Verbrechen wie z. B. Brandstiftungen, und legen sich nachher wieder hin, ohne später nach dem Erwachen mehr als eine verschwommene Erinnerung des Geschehenen zu haben. Die Störung des Bewusstseins ist im Anfall meistens aber doch keine sehr tiefe, denn der Nachtwandler ist oft durch Geräusche, durch Anreden und plötzliche Berührungen zu erwecken. Die Sicherheit der Bewegungen in gefährlicher Umgebung, wie z. B. bei Wanderungen auf Dächern, lässt sich nur aus der unvollkommenen Auffassung der Lage erklären, deren Gefährlichkeit nicht zum Bewusstsein kommt, so dass Schwindel und Angst fehlen.

Eine tiefere Störung des Bewusstseins zeigt sich bei den verschiedenen Zuständen von Schlafsucht; das Bewusstsein ist umnebelt oder fehlt ganz für lange Zeiten; diese sind nur von sehr kurzen Pausen unter-

brochen, in denen die Nahrungszufuhr und Verrichtung der Bedürfnisse stattfindet. Vom gesunden Schlaf unterscheiden sich diese Zustände durch ihre Dauer, die in den weitesten Grenzen schwankt, und durch ihre Entstehung, die zuweilen an organische Erkrankungen des Hirns, wie Geschwülste, sich anknüpft; aber auch auf nervöser Grundlage mit oder ohne vorausgehende Erschöpfung kann die Schlafsucht entstehen.

Eine besondere Art von Bewusstseinstrübung sind die sogenannten **Dämmerzustände**, die sich in Anfällen von kürzerer oder längerer Dauer zeigen; wichtig sind namentlich die während oder nach Krampfanfällen hervortretenden Dämmerzustände, in denen zuweilen heftige Gewaltthaten ausgeführt werden. Psychologisch handelt es sich um Störungen in der Auffassung aller Eindrücke durch die Aufmerksamkeit, und weist Alles auf eine Störung im Apperceptionsorgan hin, die ähnlich wie beim Schlaf durch Schwankungen der Blutmasse in der Hirnrinde zu erklären ist. Beim Schlaf ist es sicher Blutleere, während in jenen anderen Zuständen wahrscheinlich wechselnde Blutfülle die Ursache ist, dass die Klarheit des Bewusstseins nur verschiedene Helligkeitsgrade erreicht. Am Ende der ganzen Reihe dieser verschiedenen Grade von Trübungen des Bewusstseins, steht die Bewusstlosigkeit, in der kein physiologischer Reiz mehr in geistige Vorgänge umgesetzt wird. Die Bewusstlosigkeit kann vorübergehend sein, wie im Rausch, schweren Krampfanfällen, Fieberzuständen, Vergiftungen, Hirnentzündungen, oder dauernd im Verlauf und Ausgang vieler chronischer Geisteskrankheiten, wie besonders im Blödsinn.

Die Bewusstlosigkeit im Schlaf kann eine Unterbrechung erleiden, die als **Traum** zu einem veränderten Bewusstseinszustand führt. Zersetzungsproducte des Stoffwechsels wirken im Schlaf als Reize und durchbrechen die bestehenden Hemmungen, so dass einzelne Vorstellungen auftauchen und sich mit schwachen Sinneseindrücken verbinden können. Die letzteren also sind Illusionen, die aber mit echten Hallucinationen aus Erinnerungsvorstellungen verbunden werden und in das getrübte Bewusstsein einziehen. Das reichste Material bieten die Bewegungen und Vorgänge im eigenen Körper, der Lichtstaub des Auges und die Gehörsempfindungen aus Ohrenklingen und -sausen. Wenn überhaupt noch eine Auswahl der unmittelbar im Bewusstsein auftauchenden Vorstellungen stattfindet und zu zusammenhängenden Gedankenverbindungen führt, so ist sie doch fast immer beherrscht von jenen leisen Sinneseindrücken, die meistens aus dem eigenen Körper, selten aus der Aussenwelt stammen.

Für die Auffassung von Schlaf und Traum ist von besonderem Werthe die Thatsache, dass man traumähnliche Zustände willkürlich hervorrufen kann durch Gifte und Arzneistoffe. Atropin regt Erinnerungsbilder des Hässlichen und Grauenhaften an, der indische Hanf vorzugsweise die des Sinnlichschönen, der Aether verschafft das Gefühl des Fluges in die Unendlichkeit. Es werden also verschiedene geistige Thätigkeiten einzeln angeregt, oder es lässt sich wie in der Chloroformnarkose eine bestimmte Reihenfolge in der Betheiligung gewisser Hirntheile erkennen. Dadurch wird der Traum als ein krankhafter Vorgang gekennzeichnet, der aber ebenso wie die centralen Hallucinationen, mit denen er auf das Innigste verwandt ist, ohne scharfe Grenze aus dem gesunden ungestörten Schlaf herauswächst. Ob diese theilweise Thätigkeit des Gehirns im künstlichen wie im natürlichen Traum begleitet und bedingt ist durch die Betheiligung des Kreislaufes lässt sich nicht beweisen, aber vermuthen nach der Aehnlichkeit mit dem Zustande des Schlafes; denn in diesem ist neben dem Einflusse von Zersetzungsproducten des Stoffwechsels eine Verengerung der kleinsten Hirngefässe, also örtliche Blutleere in der Hirnrinde festgestellt durch unmittelbare Beobachtung; an engen Pupillen ist sie ausserdem erkenntlich.

Dem Schlaf verwandt ist die Störung des Bewusstseins, die als **hypnotischer Zustand** bezeichnet wird; dieser unterscheidet sich aber dadurch vom Schlaf, dass nur ein Theil der während des letzteren ruhenden Functionen gehemmt ist. Demjenigen Nachtwandeln gegenüber, das wir vorhin berührten, ist zu betonen, dass es sich um künstlich hervorgerufene Zustände handelt. Nachdem der Hypnotisirte durch einen Halbschlaf, in dem zuletzt der eigenthümliche Zustand von Katalepsie eintrat, und die Glieder in den gegebenen gezwungenen Lagen verharren, hindurchgeführt ist, entwickelt sich das merkwürdige Stadium der eigentlichen Hypnose. Willkürliche Bewegungen sind wieder möglich, Sinneseindrücke können aufgefasst werden, aber das Bewusstsein ist dabei in einer besonderen Weise eingeengt, so dass es nur für ganz bestimmte äussere Einwirkungen empfänglich wird. Durch Eingebung, Suggestion lässt der Hypnotisirte sich leiten, da es ihm an völlig selbstständiger Fähigkeit thätigen Aufmerkens fehlt. Wir haben daher den Sitz dieser Störung wieder im Apperceptionsorgan zu suchen; die Erfahrung zeigt, dass eine häufige Hervorrufung zu geistiger Störung führen kann, um so mehr als gerade erblich belastete Personen zur Hypnose am Besten geeignet sind. Es muss daher nur gewarnt werden vorm öftern Hypnotisiren. Wenn nun andrerseits günstige Erfolge für die Behandlung von Psychosen mit

Hypnose berichtet werden, so sind diese Dinge noch zu unverständlich, als dass sie dem praktischen Arzt empfohlen werden dürften, ehe die Hypnose wissenschaftlich genauer gekannt ist. Daher dürfen wir uns hier auch nicht eingehender mit ihr beschäftigen. Sieht man ab von den verwickelten Zuständen bei der sogenannten grossen Hypnose, die grösstentheils auf hysterische Grundlage zurückzuführen sein dürften, so ist die gewöhnliche künstliche Hypnose wohl am richtigsten aufzufassen als ein theilweiser Schlaf; dabei scheint die Annahme berechtigt, dass die Unterschiede und Uebergänge von Schlaf zu Hypnose bedingt seien, durch die verschiedene Schnelligkeit der Reihenfolge, in der die Sinne einschlummern, wobei Gehör und Muskelsinn am spätesten zu ermüden pflegen. Den entscheidenden Einfluss hierauf nun übt die Aufmerksamkeit aus, wobei man sich kürzer oder länger andauernde Zusammenziehung einzelner Gehirngefässgebiete als vermittelnde Begleiterscheinungen denken darf. Durch fortgesetzte Uebung können so die verschiedensten Grade der Hypnose und der Fähigkeit erreicht werden, die Apperception auf einzelne Eindrücke zu beschränken oder auszudehnen.

Viel wichtiger ist dagegen der Zustand von **Katalepsie**, der sich entweder als Theilerscheinung verschiedener Krankheiten — in der Hypnose als Durchgangszustand — oder selbstständig zeigt. Es ist eine Verbindung mehrerer Krankheitszeichen, ein bestimmter Symptomencomplex, der so beschrieben wird; eine Bewusstseinsstörung verbindet sich mit Gefühllosigkeit, Muskelsteifigkeit und mehr oder weniger deutlich ausgeprägter Biegsamkeit der Glieder; nebensächlicher sind Urinverhaltung und Nahrungsenthaltung, die sich aus der motorischen und psychischen Gebundenheit erklären. Die Bezeichnung Katalepsie ist freilich ziemlich willkürlich, denn sie wird auch gewählt beim Fehlen eines oder des andern der genannten Zeichen. Wir können nur daran festhalten, dass eine geistige Störung irgend einer Art die Grundlage ist, sei es nun Hysterie, Melancholie oder z. B. fortschreitende Lähmung mit Schwäche, oder sei es eine selbstständigere Störung des Bewusstseins; auf dieser Grundlage entwickelt sich dann die merkwürdige Muskelstarre oder -steifigkeit, verbunden mit sogenannter wächserner Biegsamkeit. Diese Verbindung von Festigkeit und Beweglichkeit ist physiologisch schwer verständlich; zuerst tritt die tetanische Starre, später erst daneben die Flexibilitas auf. Wenn man sagt, dass die Starre durch ungleichmässige Innervation antagonistischer Muskeln zu Stande komme, während diese bei der wächsernen Biegsamkeit in jedem gegebenen Augenblick völlig gleichmässig innervirt seien, so ist diese Annahme freilich nicht zu

beweisen, aber doch sehr wahrscheinlich; wenn in jeder gegebenen Stellung Gleichgewicht vorhanden ist, kann nur die Schwere allmälich einwirken und eine Lageveränderung des kataleptischen Gliedes hervorrufen. Meistens ist wie gesagt der Zustand ein unwillkürlicher, zuweilen halb willkürlich beabsichtigt in Folge von Wahnvorstellungen oder als Spielerei getrieben, und dann auf einzelne Muskelgruppen beschränkt, namentlich wenn die Aufmerksamkeit der Umgebung sich darauf richtet; Hysterische und einzelne Paralytiker sind dazu geneigt. Natürlich gehört dazu ein gewisser Grad von Klarheit des Bewusstseins; je grösser seine Trübung, desto allgemeiner die Ausbreitung der motorischen Erscheinungen. Zum Unterschied von Muskelstarre, die sich nach Erkrankungen des Rückenmarks findet, ist zu bemerken, dass diese sich niemals mit Flexibilitas verbinden. Den Sitz der Katalepsie suchen wir wieder anatomisch begründet im Stirnhirn, da die Bewusstseinsstörung uns auf das Apperceptionsorgan, die motorischen Störungen auf die benachbarten Centralwindungen hinweisen.

In der äussern Erscheinung können einige andere Zustände der Katalepsie sehr nahe verwandt sein, haben aber eine andere Entstehung. Es sind dies der **Stupor** und die **Ekstase.** Das gemeinsame Merkmal der bis jetzt erörterten Bewusstseinsstörungen war es, dass sie im Allgemeinen unwillkürlich eintraten. Diese Bewusstseinsstörungen kennzeichnen sich dagegen durch ihre Verbindung mit bestimmten theilweise willkürlichen und bewussten Vorstellungen. Je nachdem die Vorstellungen trauriger oder heiterer Art sind, kommt es zum Bilde des Stupors oder der Ekstase.

Es ist aber das Selbstbewusstsein nicht ganz aufgehoben und nur die Fähigkeit, activ die Aufmerksamkeit zu lenken, beschränkt, verlangsamt oder beschleunigt. Daher können Stupor und Ekstase durch Wahnvorstellungen beeinflusst sein, die bei Katalepsie meist fehlen. Weil aber dem Stupor auch die organische Grundlage nicht fehlt, so ist er noch mit anderen Erscheinungen verbunden, die sich besonders in verlangsamter oberflächlicher Athmung, Störungen im Kreislauf, in träger Verdauung und so weiter zeigen. Als Schlusswirkung eines melancholischen Zustandes geht der Stupor sehr oft allmälich in Blödsinn über; dass man diese Zustände dann nicht mehr genau unterscheiden kann, geht schon daraus hervor, dass man auch Erschöpfungszustände nach epileptischen Krampfanfällen und maniakalischer Erregung, sowie nach fieberhaften Krankheiten Stupor nennt; ja sogar, obwohl ohne Berechtigung, einfache Blödsinnszustände, idiotisch stumpfer Gesichtsausdruck erhalten wohl dieselbe Bezeichnung. Die Ekstase

ist nur durch ihre Entstehung aus Wahnvorstellungen und ihre Verbindung mit Sinnestäuschungen abgegrenzt von der Katalepsie; aber ein Verzückter sieht einem Kataleptischen sehr ähnlich.

3. Störungen des Selbstbewusstseins.

Die eben berührten Zeichen geistiger Störungen, insbesondere des Bewusstseins, nöthigten schon das Bewusstsein im Allgemeinen zu trennen von dem Selbstbewusstsein. Das Stattfinden von Eindrücken der inneren und äusseren Erfahrung, und ihre Umwandlung in geistige Vorgänge haben wir schon früher als Bewusstsein bezeichnet. Bei dem Gehen und Kommen der Vorstellungen in diesem Bewusstsein ist nun eine Gruppe zusammenhängender Einzelvorstellungen ausgezeichnet; es ist die Gruppe der Vorstellungen, deren Quelle in uns selber liegt. Die Sinnesvorstellungen, die wir von unserem eigenen Leibe empfangen, und die Bewegungsvorstellungen unserer Glieder sind zusammenhängend und andauernd vorhanden. An sie knüpfen sich jeder Zeit leicht andere Vorstellungen je nach Gewohnheit oder willkürlicher Hervorrufung. Dies Bewusstsein der eigenen Persönlichkeit ist das Selbstbewusstsein. Lebhafte Gemeingefühle und sinnliche Vorstellungen zeichnen es aus; sie begleiten auch den Vorgang der beobachtenden Auffassung des eigenen Selbstbewusstseins, aus dem die Vorstellung der geistigen Persönlichkeit sich entwickelt hat, die wir unser Ich nennen. Bei geistigen Störungen kann nun eine Veränderung des Selbstbewusstseins zu den hervorstechendsten Zeichen der Krankheit werden. Die wichtigste Form der Störungen des Selbstbewusstseins ist das **Krankheitsbewusstsein**. Oft findet sich schon lange vor Beginn der eigentlichen Erkrankung ein beängstigendes Gefühl drohenden Verstandesverlustes, namentlich bei erblich belasteten Personen. Zuweilen ist dies Gefühl so lebhaft, dass Kranke selbst um Aufnahme in eine Irrenanstalt nachsuchen. Auch auf der Höhe der Krankheit, sowohl bei gedrückter wie erregter Stimmung, fühlen einzelne Kranke, dass eine Störung im Ablauf ihrer Stimmungen vor sich geht, die nicht von äusseren Einflüssen abhängig und durch sie berechtigt ist. In der Regel bilden krankhafte Gemeingefühle die unmittelbare sinnliche Grundlage dieses Krankheitsgefühls. Aber indem der Kranke ankämpft gegen die immer von Neuem eindringenden krankhaften Eindrücke und Gefühle, erlahmt die abgegrenzte Vorstellung des eigenen Ichs; hier verliert sie, dort gewinnt sie Bestandtheile durch Ablösung oder Verbindung mit anderen Vorstellungsgruppen, und mit dem Gefühl des Widerstandes schwindet

oder verändert sich immer mehr das normale Selbstbewusstsein. Die Verbindung mit der Vergangenheit löst sich, und die gegenwärtige Persönlichkeit erscheint im Vergleich mit der früheren als eine fremdartige; haben sich Bruchstücke der früheren erhalten, so erwachsen auch wohl Wahnvorstellungen einer doppelten Persönlichkeit. Andere Male verschwindet das Selbstbewusstsein so völlig, dass der Kranke sich nur als Object betrachtet, oder auch dieses verliert sich aus dem Kreis der inneren Selbstbeobachtung in so nebelhafte Ferne, dass ein nihilistischer Wahn eintritt, die Vorstellung, dass nichts mehr in der Welt sei, oder doch er der Kranke, seine Person nicht mehr da sei. Bemerkenswerther Weise hat man diesen Mangel des Selbstbewusstseins mehrfach in Verbindung mit Schwund der Hirnrinde gefunden und zwar besonders bei Paralytikern; wieder ein Beweis, dass die Stirnrinde zu den genannten Störungen in nächster Verbindung steht. Aber ganz abgesehen von diesen besonderen Formen des Krankheitsgefühls, ist es eine der auffallendsten und verbreitetsten Erscheinungen fast jeder geistigen Störung, dass bei ihrem längeren Bestehen das Krankheitsgefühl verloren geht. Dem Laien ist es dabei am Wunderbarsten, wenn er sieht oder erfährt, dass die Kranken in der Anstalt vielfach ein klares Verständniss für Reden und Handlungen ihrer Mitkranken zeigen, nur ihre eigene Lage und Person falsch beurtheilen. Oft darf man diese Erscheinung als Glück für den Kranken ansehen, denn wie schon die Thatsache, dass Krankheitsbewusstsein am häufigsten die entstehende Krankheit begleitet, zeigt, ist dann oft der Kampf von schmerzlichen Gefühlen begleitet; mit schwindendem Krankheitsbewusstsein sind in der Regel, wenn auch nicht immer, die schmerzlichen Gegenvorstellungen verschwunden.

Gegenüber dem Kranhheitsbewusstsein beim Entstehen geistiger Störungen ist es beim Schwinden von angenehmen Gefühlen begleitet. Der Genesende findet das frühere Selbstbewusstsein wieder, indem er die klare Einsicht in seine Krankheit gewinnt; daher ist diese Krankheitseinsicht eines der wichtigsten Zeichen beginnender oder vollendeter Genesung nach Störungen des Selbstbewusstseins wie geistiger Störungen überhaupt.

B. Störungen in der Verbindung und dem Verlauf der Vorstellungen.

Die Störungen des Bewusstseins, mit denen wir uns im vorhergehenden Abschnitt beschäftigten, werden nicht so selten auch bei geistig Gesunden theilweise, in geringem Grade oder vorübergehend

beobachtet. Die Störungen in der Verbindung und dem Verlauf der Vorstellungen, sowohl nach Form, Inhalt, Umfang und Dauer, denen wir uns jetzt zuwenden, können sich hier und da zwar auch bei Gesunden zeigen, im Allgemeinen aber sind sie Zeichen einer sich entwickelnden oder bestehenden geistigen Störung, und haben sie daher für die Erkenntniss der Krankheit eine entscheidendere Bedeutung.

1. Apperception und Association.

Da die Grenzen der inneren Erfahrung auch die Grenzen des Bewusstseins sind, so gehören die Bestandtheile der hier zu untersuchenden Störungen diesen Grenzen an, insofern auch sie in dem weiten Gebiete des Hirnlebens stattfinden, aus dem immer einzelne Vorstellungen zur Apperception gelangen können. Dabei ist aber ein Unterschied zu machen, ob der verfügbare Stoff von Vorstellungen **activ** von der **Aufmerksamkeit** hervorgehoben oder **passiv** bemerkt wird. Im Flusse des Gehirnlebens tauchen Vorstellungen in grosser Zahl auf; findet eine Art Wettstreit zwischen ihnen statt, um zur **Apperception** zu gelangen, so empfinden wir diese innere Thätigkeit als eine Handlung, die wir *active* Aufmerksamkeit nennen. Ist von den gegebenen Vorstellungen aber eine durch ihre Eigenschaften so bevorzugt, dass die Apperception einer andern Vorstellung gar nicht in Frage kommen kann, so geschieht ihre Auffassung nur mit *passiver* Aufmerksamkeit. Mit den Vorstellungen nun, die durch äussere Sinneseindrücke geweckt werden, verweben sich fortwährend die Erinnerungsbilder früherer Vorstellungen; die **Association** der Vorstellungen gibt den Stoff, aus dem die Aufmerksamkeit einzelne Bestandtheile sammelt. Wo eine Mehrzahl solcher Vorstellungen zur Wahl gelangt, ist die Aufmerksamkeit activ und bringt immer nur einzelne nach einander zur Auffassung; passiv verhält sich die Aufmerksamkeit, wo eine zweifellose Association einzelner Vorstellungen stattfand. Der Geisteskranke befindet sich sehr oft in der Lage, dass er nur passiv, nicht activ aufmerksam auf die innern Vorgänge seiner Erfahrung ist und immer willenloser wird gegenüber den nach einander auftauchenden Vorstellungen und ihren Verbindungen. Nicht nur gegenwärtige Vorstellungen sind dabei im Spiel, sondern die ganze bis dahin zurückgelegte Entwicklung des Bewusstseins kommt dazu; es findet aber ungenügende Selbstauffassung der in Gegenwart und Vergangenheit entspringenden Vorstellungen statt, und ihre ungeordnete Verbindung führt zur **Verworrenheit.** Wo die selbstthätige Aufmerksamkeit noch nicht ganz verschwunden ist, zeigt sich die Störung unter dem Bilde der *Zer-*

streutheit. Hört aber die bewusste Auswahl ganz auf, so finden wir Zustände, in denen die Verbindung von Vorstellungen sogar abhängig gemacht werden kann vom Willen anderer Personen, wie in der Suggestion; experimentell geschieht dies bei Hypnotisirten, aber auch das ganze grosse Gebiet der sogenannten epidemischen Verbreitung geistiger Störungen zeigt Bestandtheile, die nur zu erklären sind durch den Einfluss der Suggestion auf erregte Bewusstseinszustände, in denen die selbstthätige Auswahl bei der Auffassung äusserer Eindrücke verloren gegangen ist. Das Ueberwiegen ungeordneter Vorstellungsverbindungen über die geregelte Einordnung zu klaren Begriffen ist aber überhaupt das erste und wichtigste Zeichen geistiger Schwäche. Daher findet sowohl beim erworbenen wie angeborenen Schwachsinn keine geordnete und keine enge Verknüpfung neuer sowie vorhandener Vorstellungen statt; in allen Zuständen aber, die von geistiger Gesundheit bis zum völligen Schwachsinn sich abstufen, zeigt sich die Störung in geringerer und grösserer Ausbreitung bei der Schwierigkeit eine selbstthätige Auswahl unter den sich aufdrängenden Vorstellungen und ihren Verbindungen zu treffen. Rein äusserliche Einflüsse machen sich geltend, wie z. B. die Anknüpfung des Vorstellungsganges an ähnlich klingende Worte, die der Kranke selbst ausspricht oder von Andern hört; solche Personen sprechen gern in Versen, deren Inhalt zusammenhangslos ist und nur eine Zusammenknüpfung in der lautlichen Verwandtschaft, namentlich der Endreime erkennen lässt. Andere Kranke fassen nur ein einzelnes Wort aus einer Unterhaltung auf und knüpfen an dieses die gerade im eigenen Bewusstsein auftauchenden Vorstellungsreihen.

2. Beschleunigter und verlangsamter Vorstellungsablauf.

Findet ein **beschleunigter Ablauf** der Vorstellungen statt, wie in manchen Erregungszuständen, so kommt es schon allein aus dieser Ueberfüllung des Bewusstseins zur Verworrenheit. Es gehört aber dazu schon ein hoher Grad von Beschleunigung des Gedankenablaufs; in mässigeren Graden ist die Verbindung verschiedener Gedankenreihen erleichtert. Man sieht dann zuweilen sonst nicht gerade geistreiche Menschen scharfsinniger und witziger werden, namentlich stellt sich zuweilen der gelungene Ausdruck feineren Spottes ein und die Fähigkeit leichter Reimereien. Wenn die Vorstellungen aber so rasch von einander gedrängt werden, dass sie nicht in die gehörigen Verbindungen eingehen können, wenn jeder neue

Eindruck sofort in den Vorstellungsverlauf hineingezogen wird und dort ganze Reihen von rasch wechselnden Erinnerungsbildern weckt, so entsteht eine haltlose Ideenjagd oder Ideenflucht. In ihrem Strome wird Alles in bunter Flucht hingerissen. In den höchsten Graden gelingt es oft nicht einmal mehr durch starke äussere Eindrücke, wie z. B. durch kräftiges Anreden, den überstürzten Ideengang vorübergehend aufzuhalten.

Ausser durch Beschleunigung im Gedankenverlauf sowie durch die vorhin erörterte geistige Schwäche bei einer bewussten Auswahl kann Verworrenheit noch durch **Verlangsamung** der Vorstellungen und ihrer Verbindungen entstehen. Der Aengstliche, Befangene wird verwirrt, indem seine Gedanken langsam auftreten. Verwirrtheit kennzeichnet geistige Erschöpfungszustände mit trägem Ablauf der Gedanken. Der Gedankenfaden reisst ab, Lücken zeigen sich. Einzelne Male kann die Verworrenheit nur scheinbar sein, indem Aphasie mit bestimmter anatomischer Erkrankung zu Grunde liegt; die richtige Art des Handelns lässt dann in der Regel bald den Unterschied zwischen der verkehrten Rede und der verwirrten erkennen; die Gedankenverbindung war richtig, aber der Ausdruck verkehrt. Wenn aber die Gedanken überhaupt langsam ablaufen, so ist eine weitere Folge davon die Einförmigkeit im Vorstellen. Der heftige psychische Schmerz füllt das Bewusstsein des Melancholischen völlig aus und lässt nichts Anderes neben sich aufkommen; der Zug der Gedanken scheint mitunter stille zu stehen, nur einzelne Worte und Redensarten werden stundenlang wiederholt.

Der ungenügende Wechsel der Vorstellungen ist aber nicht immer in der Langsamkeit der Aufeinanderfolge verschiedener Vorstellungen begründet, sondern ist zuweilen abhängig von der Dauer der einzelnen; dabei ist diese Störung für die Verbindung um so grösser, als die Verknüpfung einzelner bestimmter Vorstellungskreise gleichzeitig oft hochgradig erleichtert zu sein pflegt. Diese Störung finden wir in leisen Anklängen oft schon bei gesunden Menschen; wir können gewisser Vorstellungen uns gar nicht mehr entschlagen, sie nicht los werden. Bekannt ist dieser letztere Ausdruck besonders für das Festhaften rhythmisch gegliederter Vorstellungsgruppen, für Verse und Melodieen. Indessen verlieren sich diese Erscheinungen doch in der Regel rasch, höchstens bleiben sie einige Tage, während ihr längeres Bleiben dem Befallenen selbst fremdartig und krankhaft wird, so dass sich peinliche und widerstrebende Gefühle damit verbinden. Eine klinisch merkwürdige Form dieser Störung ist als Grübelsucht bekannt und wird später genauer geschildert. Die

sich aufdrängenden Vorstellungen haben fast immer die Form der Frage, und beziehen sich meistens auf religiöse oder metaphysische Dinge; diese Beschränkung auf bestimmte Vorstellungskreise deutet wieder auf eine gleichzeitige Erleichterung des Ablaufs in ihnen hin. Das peinliche Gefühl des Sich-Aufdrängens, des Zwanges, ist der Grübelsucht gemeinsam mit den **Zwangsvorstellungen**, die sich ausser in der Grübelsucht, noch in mehreren anderen, klinisch ziemlich abgeschlossenen Krankheitsbildern finden; betont muss dies eigene Gefühl des Krankhaften werden, weil nur darin der Unterschied gegenüber Wahnvorstellungen zu finden ist. Es gibt zahlreiche Kranke, die darüber klagen, dass sie gewisse quälende und lästige Gedanken, deren Ungereimtheit sie völlig einsehen, nicht los werden können; sie werden dadurch beunruhigt, lassen sich zu Handlungen verleiten, die sie selbst lächerlich und abscheulich finden. Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist ein sehr mannichfaltiger, aber im einzelnen Falle doch immer auf bestimmte Kreise beschränkt. Wenn man dadurch leicht dazu kommen kann, verschiedene Krankheitsformen aufzustellen, so muss berücksichtigt werden, dass alle Krankheitsbilder abhängig sind von dem Bewusstseinsinhalte und Erfahrungsschatze des Betroffenen. Dieser ist ja so verschieden, dass eine Gleichartigkeit der Krankheitsbilder nicht zu erwarten ist; trotzdem haben manche Fälle so viel Aehnliches, dass eine psychologische Erklärung um so bestimmter erforderlich ist, als uns eine anatomische Grundlage dieser Störungen nicht bekannt ist. Für eine grosse Zahl der Zwangsvorstellungen scheint ein psychologisches Verständniss nun angebahnt durch Berücksichtigung des Umstandes, dass wir bei unseren Denkvorgängen überhaupt am häufigsten vergleichend verfahren, unter entgegengesetzten Vorstellungen eine Auswahl zu treffen versuchen.

Während das gesunde Bewusstsein bei diesem Frage- und Antwortspiel unter den zahlreichen zur Verbindung bereit liegenden Vorstellungen zunächst keine bevorzugt, sondern erst die einzelnen vergleichend, ein Ergebniss zieht, tritt in krankhafter Weise hier immer nur eine entgegengesetzte Vorstellung mit zwingender Gewalt ins Bewusstsein. Solche Fragen sind: warum ist der Mond rund und nicht viereckig? warum ist $2 \times 2 = 4$ und nicht $= 6$? warum steht der Ofen nicht mitten in der Stube? oder die Frage schliesst sich an eine eben vollendete Handlung und lautet: warum habe ich dies gethan, wäre das Gegentheil nicht richtiger gewesen? Noch deutlicher wird der Gegensatz in entscheidenden Augenblicken: ein Ehemann hat vorm Altar sein Jawort ausgesprochen; „warum hast du nicht nein gesagt“, dieser Gedanke verlässt ihn nicht und quält ihn unaufhörlich

trotz der mannichfachsten Eindrücke, die gleichzeitig auf ihn eindringen. Auch gleichgültigere Dinge führen bei einem solchen Kranken zu Zwangsvorstellungen, die zuweilen lange Zeit bestehen bleiben. Er zweifelt z. B. ob er eine eben verschlossene Thür auch wirklich richtig zugemacht, ob er Briefe nicht in verkehrte Umschläge gesteckt habe, und kann diesen Gedanken auch nicht los werden nach erneuter Untersuchung des Verschlusses. Andere Male blitzt die Vorstellung in Gesellschaft auf, wie wäre es, wenn etwas Unschickliches gesagt würde, oder in der Kirche wenn ein Pfiff oder Geschrei erschallte? Immer das Entgegengesetzteste zu der augenblicklichen Lage zwingt sich in den Gedankengang hinein, auf dem Thurm das Hinabspringen, vor der Locomotive das Sichhinwerfen, auf dem freien Platze die Angst nicht hinüberzukommen; in den letzteren Fällen mögen Schwindelgefühle die Entstehung der Zwangsvorstellung begünstigen. Andere Personen können nicht in geschlossenen Räumen aushalten, da der Gedanke sie nicht verlässt, dass irgend ein Ereigniss z. B. plötzliche Feuersgefahr oder Einstürzen der Decke das Hinausgehen unmöglich machen werde.

Doch ist es durchaus nicht immer nöthig, dass die Zwangsvorstellung unter den ausgeführten Gegensätzen auftaucht, oft ist ihre Entstehung für die innere eigene Beobachtung durchaus unvermittelt und auch nicht in Form der Frage, des Zweifels da. Zuweilen gelingt es dem Kranken den auftauchenden Gedanken zurückzudrängen, ehe er sich deutlich in das Bewusstsein eindrängt. Ist dies aber nicht mehr möglich und befestigt sich diese einzelne selbstständige Vorstellung, so ist der Übergang da, wo das dem Kranken bisher Fremdartige natürlich erscheint; während er bis dahin versuchte, die als krankhaft erkannte Vorstellung durch alle anderen ihm zu Gebote stehenden Ueberlegungen zu berichtigen, wird jetzt umgekehrt die einzelne Vorstellung der feste Punkt, um den sich die anderen Vorstellungskreise lagern müssen, und es bildet sich so eine Art der Wahnvorstellung aus.

3. Wahnvorstellungen.

Wahnvorstellungen sind falsche Urtheile, und daher dem Irrthum nahe verwandt durch Entstehung und Inhalt. Einen Uebergang von Wahnvorstellungen zu Irrthümern zeigt der Aberglaube. Gemeinsam ist allen die Grundlage der Urtheilsschwäche, die entweder eine angeborene oder erworbene ist. Letzteres Merkmal, die erworbene Urtheilslosigkeit, kennzeichnet die Wahnvorstellung.

Irrthümer begegnen jedem Gesunden, aber er ist im Stande, sie zu berichtigen je nach dem Grade seiner angeborenen und anerzogenen geistigen Fähigkeiten; der Aberglaube als Erwerb der Erziehung und Ausdruck des gesammten Bildungsstandes der Umgebung des Einzelnen ist schon weit schwerer zu beeinflussen, aber er unterscheidet sich von einer Wahnvorstellung dadurch, dass er nicht wie diese allen Einwänden gegenüber immer als fester Erwerb des erkrankten Gehirns bestehen bleibt. Eine Erkrankung des Gehirns müssen wir desshalb voraussetzen, weil die Entstehung einer Wahnvorstellung entweder gebunden ist an eine Sinnestäuschung oder wie diese selbst nur durch einen centralen Reizzustand zu erklären ist. Je nachdem nun die Verbindung nur unter früheren in der Erinnerung bewahrten Vorstellungen stattfindet oder diese mit neuen äussern Sinneseindrücken verbunden werden, zeigen die Wahnvorstellungen eine nahe Verwandtschaft oder Beziehung zu Hallucinationen oder Illusionen. Gefälscht wird durch das Urtheil aber nur die kritiklose Hinnahme der in den Vordergrund getretenen Vorstellungsverbindungen, die bedingt ist durch irgend einen krankhaften Zustand des Gehirns. Daher ist ein gewisser Grad geistiger Schwäche die Bedingung für die Entstehung von Wahnvorstellnngen. Schon das mangelnde Verständniss für das Krankhafte zeigt die Urtheilsschwäche, die bei den Zwangsvorstellungen noch nicht gefunden wird. Je häufiger und stärker Sinnestäuschungen in einem Gehirn auftreten und namentlich auch wenn mehrere Sinnesgebiete gleichzeitig erkrankt sind, um so leichter wird das Urtheil, die Verbindung der sich daran schliessenden Vorstellungen gestört sein. Aber auch dann, wenn die Sinnestäuschungen nachlassen, ist der Kranke in Folge der zu Grunde liegenden Urtheilsschwäche nicht mehr im Stande, aus dem Mittelpunkte der sich eng umgrenzenden, krankhaft erleichtert ablaufenden Vorstellungen hinauszutreten. Es steht in diesem Mittelpunkt der Antheil an der eigenen Persönlichkeit. Das Schwinden der tieferen Theilnahme für Andere, namentlich die nächsten Angehörigen, ist eines der sichersten Zeichen beginnender geistiger Schwäche, die die Wahnvorstellung begleiten. Wo sich mehrere derselben verbinden, ist die Kritiklosigkeit in der Regel so gross, dass der Kranke ohne Scheu die widersprechendsten Angaben macht, seine frühere Persönlichkeit ihm selbst ganz verändert scheint. Ist die Urtheilskraft noch eine bedeutendere, so sucht der Kranke meistens Fragen über seine Wahnvorstellungen auszuweichen, deren Fremdartigkeit ihm doch noch auffällt. Zuweilen gibt er eine vergleichende Erklärung, z. B. es sei so als ob diese oder jene Empfindung durch äußere Einflüsse anderer Personen hervorgerufen sei, häufiger aber noch sagen die Kranken

einfach aus, dass es sich so verhalte wie sie sagen; sie wüssten nicht warum sie verfolgt würden, warum sie so großes Vermögen hätten, aber es sei so. Die meistens zu Grunde liegende Sinnestäuschung ist so packend für sie, dass ihrer schwachen Urtheilskraft die Verbindung mit anderen Vorstellungen des früheren Erfahrungsschatzes leicht wird und keiner Erklärung bedarf. Unmittelbar ohne Sinnestäuschungen auftauchende Wahnvorstellungen pflegen leichter zu wechseln und zu schwinden.

Der Inhalt der Wahnvorstellungen ist so mannichfach wie der Vorstellungsinhalt des Menschen überhaupt. Wie dieser knüpft er sich im Wesentlichen an den sprachlichen Ausdruck; daher beruht auch die bei Weitem größte Zahl der Wahnvorstellungen auf Verbindung mit solchen Gehörsvorstellungen, die durch die Sprache ausgedrückt werden können. Wichtige Unterschiede treten indessen klinisch hervor, so lange die geistige Störung im Entstehen ist, und daher fällt besonders der Unterschied des Inhalts auf, je nachdem die Stimmung des Kranken noch eine gedrückte oder heitere ist, wie in der Regel bei frischen Erkrankungen. Auf den eigenen Körper beziehen sich zahlreiche hypochondrische Wahnvorstellungen, die in der Regel durch Störungen des Gemeingefühls ausgelöst sind; entweder ist daher eine wirkliche periphere Sinnestäuschung die Ursache oder auch ein Reizzustand des Gehirns. Der Kranke ist überzeugt, mit einem schweren Leiden behaftet zu sein; entweder ist es ein Herzfehler oder die Schwindsucht, die als drohendes Gespenst erscheinen; Rückenmarkskrankheiten und solche des Genitalapparates werden empfunden. Zuweilen wechselt die befürchtete Krankheit oder es sind gar mehrere gleichzeitig der Inhalt der Wahnvorstellungen. Vorübergehend ist wohl fast jeder angehende Arzt einmal überzeugt gewesen, dass er an einer der gerade von ihm studirten Krankheiten leide, zu deren Begründung ihm nur harmlose Erscheinungen im eigenen Körper dienten. Wo aber krankhafte Gefühle durch Vorgänge in den Organen entstanden, gewinnt die hypochondrische Wahnvorstellung oft einen sehr wunderlichen, verschrobenen Inhalt. Kopfschmerzen oder unangenehme Empfindungen überhaupt werden von Hypochondern auf Veränderungen im Gehirn zurückgeführt. Sie geben an, dass sie mit Bestimmtheit fühlten, wie ihr Gehirn eingetrocknet, geschwunden oder eine andere absonderliche Veränderung damit vorgegangen sei, wie z. B. in dem Falle, in dem ein Mann die Empfindung so beschrieb, als ob sein Gehirn eine Zwiebel sei, von der sich die dünnen häutigen Schalen schmerzlos abgelöst hätten, während nun die Entfernung der dicken fleischigen Schichten furchtbaren Schmerz verursachte. Eine Kranke

hatte das Gefühl, als ob ihr Kopf auf und zu klappte, so dass sie den Arzt bat, am Scheitel zu horchen oder doch mit der Hand das Schnappen zu fühlen. Ein Anderer war fest überzeugt, dass die hintern Theile seines Gehirns entfernt seien, und dass er nur noch das Gesicht und ein kleines Stückchen Gehirn besitze. Oder der Kopf ist rein ausgehöhlt, ein Schwamm oder eine Blase hat die Stelle des Gehirns eingenommen. Noch mannichfaltiger sind die Wahnvorstellungen, die sich an Zustände und Empfindungen in den *Verdauungsorganen* anschliessen. Mund und After scheinen verschlossen; die Speiseröhre sei so eng, dass das Schlucken unmöglich werde. Der Magen ist zu klein oder angefüllt mit Glas, Holzstücken; der Darm könne nicht verdauen, weil er ausgestopft sei mit Pillen oder Speisebrei. Die ganze Nahrung werde im Körper zurückgehalten und lagere sich allmälich unter der Haut ab. Andere hypochondrische Wahnvorstellungen entwickeln sich aus Reizzuständen des *Sexualapparates*, namentlich bei jüngeren Leuten, die Masturbation treiben. Die Furcht impotent zu sein, hindert die Ausführung des Coïtus bei völlig ausgebildetem Sexualapparat. Sensationen in der *Haut* bedingen wiederholte Waschungen, die von der Besorgniss begleitet sind, sich beschmutzt zu haben durch irgend einen berührten Gegenstand. Die Furcht, in den Kleidern spitze und scharfe Gegenstände zu finden, dehnt sich auf andere Sachen aus und es entsteht eine förmliche sogenannte *Berührungsfurcht*. Da verschiedene Organgefühle häufig zusammentreffen bei der Erzeugung hypochondrischer Wahnvorstellungen, entwickelt sich oft der Gedanke *körperlicher Beeinflussung* und *Verwandlung*, und nimmt unter dem Einflusse des Bildungsgrades und besonders der religiösen Anschauungen der Umgebung die Form des *Besessenseins*, des Behextwerdens an, oder magnetische, elektrische Fernwirkungen und Maschinen werden zur Erklärung herangezogen. In den höchsten Graden erscheint der ganze Körper verändert und es entsteht die Vorstellung, in ein Thier verwandelt zu sein. Alle diese Wahnvorstellungen finden, wenn gleichzeitig Sinnestäuschungen auch in anderer Weise als in krankhaften Gemeingefühlen auftreten, namentlich durch solche des Gehörs eine Unterstützung, die ihre Annahme dem Kranken erleichtert und das Hineinziehen immer weiterer Vorstellungskreise begünstigt. Der Kranke glaubt vertauscht zu sein und hält auch die Personen in seiner Umgebung für andere, die zu seiner Beobachtung da seien.

Der Inhalt der Wahnvorstellungen zeigt sehr oft die Form des *Verfolgungswahnes*, die nach der fast immer vorhandenen, vorschlagenden Betheiligung einzelner Sinne verschieden gefärbt ist.

Die Kranken schmecken oder riechen Gift in den Speisen, sie fühlen sich übel; Geberden oder Aeusserungen anderer Personen deuten sie in argwöhnischer, misstrauischer Weise zu feindlichen Beeinflussungen um. Ueberall fühlen sie sich beobachtet, vermuthen in harmlosen Bemerkungen versteckte Verhöhnungen. Die Neigung alle Ereignisse in Beziehung zu der eigenen Persönlichkeit zu setzen, lässt sie in Briefen und Zeitungen Bemerkungen finden, die sich auf sie beziehen, und der Mangel der Besonnenheit, dieses wichtige Zeichen der geistigen Störung, verhindert sie, solche Vorstellungen zurückzudrängen oder zu berichtigen.

Verwandt mit den genannten Zuständen ist der Versündigungswahn, der in den melancholischen Erkrankungsformen eines der regelmässigsten Vorkommnisse ist. Der Mann meint seine Geschäfte schlecht besorgt zu haben, die Frau, es seien ihre Kinder vernachlässigt. Viele glauben ein grosses Unrecht begangen zu haben, das sie nicht näher bezeichnen können, andere klagen sich der scheusslichsten Verbrechen an. Die meisten halten sich ganz allgemein für verworfen und sündhaft und fürchten oder wünschen gar schreckliche Strafen, um ihre Sünde zu büssen, oder verbrannt, hingerichtet zu werden. Sie sind von Gott verflucht, und können nicht begnadigt werden, weil sie eine Sünde gegen den heiligen Geist gethan haben, die nach Worten der Bibel nicht verziehen werde.

Waren die bisher berührten Wahnvorstellungen von Gefühlen der Unlust begleitet, die ihnen allgemein auch die Bezeichnung depressiver verschaffen, so stehen ihnen andere mit angenehmen Gefühlen gegenüber, und werden daher als expansive bezeichnet. In leichteren Graden treten sie nur hervor als eine gewisse Selbstüberschätzung körperlicher und geistiger Fähigkeiten. Der Kranke fühlt sich ausnehmend wohl, zu grossen Kraftleistungen im Stande, selbst wenn irgend eine schwere körperliche Erkrankung seine Kräfte in der That sehr geschwächt hat. Bekannt ist das häufige Vorkommen dieser Erscheinung bei Schwindsüchtigen. Je mehr die Besonnenheit verloren geht, je schwieriger wird es dem Kranken, zur Einsicht des Krankhaften in solchen Vorstellungen zu gelangen, auch ist zu beachten, dass diese Vorstellungen, um so flüchtiger sie im Bewusstsein haften, desto rascher auch ihren Inhalt wechseln. Wenn der Tobsüchtige dabei noch so viel Besonnenheit besitzt, dass er innerhalb möglicher Grenzen zu bleiben pflegt, sich vielleicht für riesenstark, sehr reich, verdienstvoll oder geistig hochbegabt erklärt, so ist der Schwachsinnige und Blödsinnige in der Erregung masslos und grenzenlos in dem Inhalt seiner Vorstellungen. Seine Reichthümer zählen nach Milliarden mal

Milliarden, die Zahl der Kinder wächst zu Hunderten und Tausenden, er ist nicht etwa nur König oder Kaiser, sondern Christus, Gott, er spricht alle Sprachen der Welt. Buchstäblich behauptet er, die Welt aus ihren Fugen heben zu können, er hat die Quadratur des Zirkels gefunden. Und doch ist ein gut Stück nur Prahlerei und Faselei dabei, ja bei abklingender Erregung Schwachsinniger bedarf es sogar fast immer der Frage, um das lebhafte Spiel der Phantasie zum Hervorbringen expansiver Ideen zu bringen. Dem Kranken fehlt der Massstab so gänzlich, dass er sich jetzt z. B. schon mit hundert Thalern und weniger begnügt und durch anreizende Fragen sich nur zu einer leichten Steigerung um einige Thaler bringen lässt; doch können plötzlich in ganz kritikloser Weise daraus doch wieder Millionen werden.

Wenn wir nun auch für viele Wahnvorstellungen nachweisen können, dass sie von ihnen entsprechenden Gefühlen und Stimmungen begleitet werden, so kommen auch dabei ganz widersprechende vor und andrerseits fehlt zuweilen jede gemüthliche Erregung; dies kommt sowohl bei Genesenden wie bei Verblödenden vor, beweist dann aber ihre unmittelbare Entstehung aus dem zu Grunde liegenden Zustande des Gehirns.

Ist kein hoher Grad von Erregung oder gedrückter Stimmung mehr vorhanden, aber doch noch kein Schwachsinn eingetreten, so können Wahnvorstellungen sich als Erklärungsversuche des eigenen krankhaften Zustandes entwickeln, indessen nicht so sehr als Folgerungen aus etwa vorhandenen Sinnestäuschungen, sondern als gleichzeitig mit diesen oder sich selbstständig aufdrängende Gedankenreihen.

Von entscheidender und grundlegender Bedeutung für die Auffassung von Entstehung und Verlauf der Wahnvorstellungen ist nun folgende Thatsache. Bei Kranken aus den verschiedensten Ständen, an den verschiedensten Orten der Welt begegnet man immer wieder einigen bestimmten Reihen von Wahnvorstellungen in unerschöpflicher, sich aber im Grunde gleichbleibender Wiederholung; es ist, wie wenn die Kranken es von einander gehört, wie wenn sie es mit einander verabredet hätten, was sie sagen wollten. Bei Vielen behaupten solche Gedankenreihen sich sogar durch die ganze Dauer der Krankheit; sie werden als fundamentale, oder Primordial-Delirien bezeichnet. Aehnlich wie centrale Sinnestäuschungen und wie Zwangsvorstellungen treten sie entweder gänzlich unvermittelt aus dem erkrankten Gehirn hervor oder werden durch leichte äussere Eindrücke oder auch durch leise Vorgänge im eigenen Körper angeregt. Dies letztere Verhalten namentlich erfordert noch eine besondere Erläute-

rung; an Empfindungen des Körpers schliessen sich schon im gewöhnlichen Leben oft, aber bei Weitem häufiger in krankhaften Zuständen, Mitempfindungen in den gleichen oder fremden Nervengebieten; man denke an das Ausstrahlen neuralgischer Schmerzen, hier aber namentlich an die eigenthümlichen Mitempfindungen in verschiedenen Sinnesgebieten, wenn z. B. Schalleindrücke Lichtempfindungen hervorrufen, oder Farben Schallempfindungen. Bei diesen und anderen Uebertragungen lässt sich oft nachweisen, dass die Ursprungsstellen der beiden betheiligten Nerven benachbart liegen. Aehnlich nun muss man sich das Entstehen gewisser Wahnvorstellungen gebunden denken an Empfindungen, die in benachbarten Hirntheilen ausgelöst werden. Ebenso nun aber wie für jene Mitempfindungen der sprachliche Ausdruck sich immer wieder nur in eng begrenzten Kreisen bewegt, wird auch der Gedankeninhalt für jene Mitvorstellungen immer wieder nur umgrenzt durch gewisse Einzelvorstellungen und Worte, über die Niemand hinaus kann, die desshalb bei gleicher innerer Erregungsweise immer und bei Allen wiederkehren. Dadurch fällt auf die Gleichartigkeit so vieler Wahnvorstellungen bei verschiedenen Menschen ein eigenes Licht; sie müssen in bestimmten anatomischen Bahnen entstehen und finden nur in zusammenfassenden, allgemein bekannten Wendungen ihren Ausdruck.

Sehr sorgfältig muss sich der Beobachter hüten, dem Kranken den eigenen Gedankengang unterzulegen, in dem keine Vorstellung ohne genügenden Grund auftaucht oder festgehalten wird. Nur bei längerem Bestehen der ursprünglichen Wahnvorstellungen verflechten sich mit ihnen im Laufe der Zeit durch logische Schlussfolgerungen gewonnene Gedankenreihen, die wir wirklich als Erklärungsversuche anzusehen haben, die aber bald auch ein Bestandtheil eines förmlichen Wahnsystems werden. Diese Form zeigt oft einen sehr gleichartigen Inhalt als sogenannter Querulantenwahn. Bei einem krankhaft entwickelten Selbstgefühl knüpft sich bei dem Kranken an einen wirklich erlittenen, in der Regel verschuldeten Nachtheil die Ansicht, dass ihm bitteres Unrecht geschehen sei und dass es seine Ehre erfordere, die Angelegenheit weiter zu verfolgen. Um sein vermeintliches Recht durchzusetzen, strengt er einen Process nach dem andern an, opfert Häuslichkeit, Geschäft und Vermögen, nur beherrscht von dem krankhaften Drange. Die beherrschende Wahnvorstellung, rechtlich benachtheiligt zu sein, kann diese Folgen natürlich nur nach sich ziehen, wenn ein gewisser Schwachsinn zu Grunde liegt, der eine vorurtheilslose Abwägung der Verhältnisse unmöglich macht.

Die Wahnvorstellungen von depressivem und expansivem Inhalt verbinden sich nicht selten mit einander; der Verfolgte sieht den Grund der Nachstellungen in vermeintlichen persönlichen Vorzügen, vorenthaltenen ihm gehörigen Reichthümern, der angebliche Besitzer grosser Schätze wähnt diese von Feinden zurückgehalten. In diesen Fällen ist die eine Vorstellung aus der andern häufig hervorgegangen als Versuch der Erklärung; auch in diesem Zusammenhang entwickeln sich oft fixe Wahnideen bei längerem Bestehen des krankhaften Zustandes. Je häufiger der Wahn vorgebracht wurde, um so leichter verdrängt er entgegenstehende Vorstellungen. Die Verarbeitung neuer Eindrücke geschieht immer im Hinblick auf den vorhandenen krankhaft veränderten Vorstellungsinhalt, und verrückt die ganze Stellung der Persönlichkeit zur Aussenwelt so völlig, dass der Kranke sich selbst ein anderer geworden zu sein scheint. Auffallend ist freilich häufig die logische Art, mit der solche Kranke ihre Wahnvorstellungen gegen Einwände zu vertheidigen vermögen; es ist eben der Ablauf der Vorstellungen an gewisse logische Denkformen gewöhnt, die dem Beobachter es schwer machen, die fehlerhaften Anfangsglieder der Reihen aufzufinden. Durch Uebung in der Vertheidigung der angegriffenen Vorstellungen erreichen solche Kranke oft eine so grosse dialektische Gewandtheit, dass sie die schwachen Seiten verstecken und dadurch namentlich oft auch den Richter täuschen. Ebenso gelangt die Umgebung dieser Kranken leicht zu der Meinung, dass sie wohl diese oder jene fixe Idee hätten, aber sonst gesund seien; eine genauere Untersuchung zeigt aber immer, dass grössere Reihen von Vorstellungen durch Wahnideen ersetzt sind; dadurch, dass sich einzelne vordrängen, wird der Anschein erweckt, als ob keine andern da seien. Die geistigen Störungen sind immer verwickelter Natur und beschränken sich nicht auf einzelne Gebiete; die Unmöglichkeit der Berichtigung einer sogenannten einzelnen fixen Idee beweist gerade einen Mangel der Urtheilsfähigkeit, der auf geistiger Schwäche beruht. In vielen Fällen zeigt auch der weitere Verlauf zunehmende Urtheilslosigkeit und geistigen Verfall, wenn die geistige Schwäche nicht etwa ein angeborener Zustand war.

4. Störungen des Gedächtnisses und der Phantasie.

Unter den Verbindungen der Vorstellungen überhaupt sind von grosser Bedeutung für die Erkenntniss der Geisteskrankheiten diejenigen, bei denen die geistigen Anlagen betheiligt sind, die wir als **Gedächtniss** und Phantasie bezeichnen. Das Gedächtniss ist

eine Grundeigenschaft der Nervensubstanz, die eine Folge oft wiederholter Eindrücke ist. Freilich wissen wir nicht wie der psychophysische Vorgang dabei vor sich geht, was aus einer Vorstellung wird, die nach ihrem Verschwinden aus dem Bewusstsein im Gedächtniss aufbewahrt worden ist. Aber die Fähigkeit, solche Vorstellungen zu erneuern, ist eine Thatsache, die die tägliche Erfahrung lehrt. Alle Vorstellungen werden anfänglich durch die Sinne zugeführt; nicht alle bleiben erst dann im Gedächtniss, wenn sie durch das Bewusstsein gegangen sind, sondern viele Eindrücke können aufbewahrt werden, ohne vorher appercipirt zu sein, und tauchen dann später bei anderen Anlässen im Bewusstsein als etwas scheinbar noch Fremdes auf; sie hafteten an der Nervensubstanz, und sind nur unwillkürliche Erinnerungen. Viele aber gehören zum bewusst gewesenen Erfahrungsschatze und lassen sich dann willkürlich erneuern. Wir müssen also unterscheiden ein Gedächtniss zur Erinnerung der Vorstellungen und zu ihrer Erneuerung. Nach Zuständen von Bewusstlosigkeit ist daher die Fähigkeit, während derselben erhaltene Eindrücke willkürlich zu erneuern, gestört, wohl aber können diese nachträglich ins Bewusstsein treten, erinnert werden. Bei der willkürlichen Erneuerung von Vorstellungen findet stets zugleich eine Beziehung zu dem Vorstellungsinhalt des Bewusstseins statt, die erneuerten Vorstellungen werden wiedererkannt und unmittelbar auf die Vergangenheit bezogen. Dieses engere Gedächtniss steht höher als das weitere des nicht beabsichtigten Wiedereintritts von Vorstellungen. Die Beziehung und Verknüpfung erinnerter Vorstellungen mit dem früheren Erfahrungsinhalt benützt dabei namentlich die Vorstellungsgruppe des Selbstbewusstseins der eigenen Persönlichkeit und ihrer Erlebnisse. Diese sind als fortlaufende ununterbrochene Reihe dem Gedächtniss eingeordnet; den Endpunkt bildet die Gegenwart, der Anfang reicht weit in die Vergangenheit zurück. Nur die jüngsten Bestandtheile dieser Reihe sind auch vollständige Theile des Gedächtnisses geblieben, weiter zurück verwischen sich immer mehr Einzelheiten und bleiben zuletzt nur wenige Erinnerungen als Marksteine des Weges zurück, da es an wiederholten Versuchen gefehlt hat, die einzelnen Theile des Weges wiederzuerkennen. Durch sie wird ein Vorgang im Gedächtniss ermöglicht, den man Localisation in der Zeit nennt. Wenn nun diese zeitliche Einordnung der Erinnerungsthatsachen schon bei gesunden Menschen eine Fähigkeit ist, die sie in sehr verschiedenem Grade besitzen, so wird man diese physiologische Grundeigenschaft, die physiologische Hirnformel des Einzelnen berücksichtigen müssen bei der Untersuchung geistiger Störungen Die organische Grundlage des Gedächtnisses,

die Hirnsubstanz besitzt die Fähigkeit der Aufbewahrung erhaltener Eindrücke nie in gleichem Grade bei den Einzelnen, so dass dagegen die willkürliche Erneuerungsfähigkeit, die andere Seite des Gedächtnisses für die Beobachtung mehr zurücktreten kann. Dies ist nun namentlich bei Geisteskranken der Fall. In der Einordnung der zeitlichen Aufeinanderfolge sind so viele Glieder der Reihe verschwunden, dass bei dieser Lückenhaftigkeit seines Gedächtnisses der Kranke kein Mass mehr besitzt, die zeitlichen Abstände zu messen und zu vergleichen.

Kranke wissen oft nicht, wie lange sie in der Anstalt sind, wann sie zuletzt Mittag gegessen haben; aus Wochen werden ihnen Tage, aus Jahren Monate. Diese zeitliche Zusammenschrumpfung des Erfahrungsinhaltes lässt sich durch ein Gesetz ausdrücken, welches sagt, dass zuerst das Jüngsterlebte verloren geht, darauf Früheres, und zuletzt erst die Erinnerungen der Kindheit; eine Erweiterung in gewissem Sinne liegt darin, dass das Gedächtniss für Gefühle, Affecte und die Fähigkeit der thatkräftigen Ausführung von Handlungen erst nach dem Verluste der Kindheitserinnerungen einzuschrumpfen pflegt; dies Verhalten findet seine Erklärung in dem Umstande, dass die jüngsten, der Gegenwart am nächsten liegenden Vorfälle in den nervösen Grundsubstanzen und Zellen am lockersten haften, während die seit Jahren durch Wiederholung befestigten und so gewissermassen organisch gewordenen Verbindungen länger bestehen bleiben. Gefühle sind weit mehr angeboren und Ausdruck der Organisation als die Erwerbungen des Intellects, daher haften sie länger als diese. Zuletzt verlieren sich die mechanischen Bewegungen für die täglichen Lebensbedürfnisse aus dem Gedächtniss. Ein Beweis für die gesetzmässige Reihenfolge des Verlustes einzelner Bestandtheile des Gedächtnisses, ist die Erscheinung, dass man einige Male nach Gehirnerschütterungen die Beobachtung gemacht hat, wie der in der ausgeführten Weise rückwärts schreitende Gedächtnissverlust bei eintretender Genesung sich in umgekehrter Richtung wieder aufbaute, so dass die Erlebnisse der Jüngstvergangenheit auch erst zuletzt wiederkehrten.

Dass die Stärke des Haftens einzelner Vorstellungen nicht allein von der Zeitdauer abhängig ist, die seit ihrer Bildung verlaufen ist, sondern auch von der Beschaffenheit der einzelnen nervösen Hirnsubstanz, haben die vorstehenden Betrachtungen gezeigt. Aber das Gedächtniss hängt ausserdem noch sehr wesentlich ab von der Stärke der stattgefundenen Eindrücke. Daher sind die Grenzen so verschieden weit, zwischen denen die Erfahrungsschätze des Vorstellungs-

inhaltes bereit liegen für ihre Erfassung durch bewusste und willkürliche Aufmerksamkeit. Es wird deutlich, wie vielseitig die dadurch bedingten Erscheinungsformen der Störungen des Gedächtnisses werden können, und so ist es auch in der That.

Eine der geläufigsten Störungen im täglichen Leben ist es, dass man sich nicht auf ein Wort besinnen kann; das Wort schwebt auf der Zunge oder wir glauben gleich darauf zu kommen. Wir haben sogar eine Vorstellung davon, dass eine schon nahende Erinnerung sich wieder weiter zurückzieht. Das Besinnen ist ein Vorgang, der je nach seinem gewünschten oder nicht erreichten Erfolge von Lust- oder Unlustgefühlen begleitet wird. Diese Unbesinnlichkeit ist zu unterscheiden von der Gedächtnisschwäche; hier ist die Erneuerung der Vorstellungen mangelhaft oder fehlt ganz, weil die organische Nervensubstanz die früheren Eindrücke gar nicht mehr enthält, Unbesinnlichkeit dagegen entsteht da, wo der Erinnerungsact, die Beziehung der Vorstellungen auf frühere Erlebnisse des eigenen Bewusstseins gestört ist. Letztere Störung ist als eine functionelle vorübergehender Art, so dass zu andern Zeiten die Wiederkehr der gesuchten Vorstellungen ins Gedächtniss leicht geschieht. Es gibt Stunden und Tage, an denen man sich leicht auf etwas besinnt, während einem andere Male selbst das sonst Geläufigste nicht einfallen will. Die einfache Ermüdung, geistige Abspannung erschwert das Besinnen. Schon mehr auf organischer Grundlage beruht die Erscheinung der Vergesslichkeit, die den Übergang bildet zu der Gedächtnisschwäche des Greisenalters, die auf der Zurückbildung des Gehirns beruht. Im Greisenalter ist die Hingabe an die äusseren Eindrücke nur eine passive, daher verschwimmen sie und verschwinden leicht wieder aus der Erinnerung. Schliesslich behält und bewahrt der Greis keine Vorgänge der Gegenwart, während dagegen seine lebendige Erinnerung längst vergangener Zeiten um so lebhafter und auffallender ist. Aehnlich ist es der Fall bei zahlreichen Geisteskrankheiten, namentlich aber bei den durch geistige Störungen erworbenen Schwächezuständen. Es pflegen beide Vorgänge, sowohl das Haften wie das Hervorholen der Vorstellungen gestört zu sein.

Eine Erschwerung des Gedächtnisses führen alle Trübungen des Bewusstseins mit sich, insofern sie nicht nur die Sammlung äusserer Eindrücke behindern, sondern auch die weitere Verarbeitung der noch gemachten Wahrnehmungen stören. Aus der Erinnerungslosigkeit für einen bestimmten Zeitabschnitt schliesst man auf Bewusstlosigkeit während desselben. In der als Dämmerzustand beschriebenen Trübung des Bewusstseins ist die Erinnerungsfähigkeit für Er-

eignisse, die beim Verschwinden der Bewusstlosigkeit stattfanden, oft wieder hergestellt, die Eindrücke haften aber schlecht und auch die Erinnerung dafür ist dann von auffallend kurzer Dauer. Gleich nach der That kann ein Epileptiker deutlich sagen, dass er Einzelheiten erinnert, die bei der späteren gerichtlichen Untersuchung zweifellos aus seinem Gedächtniss verschwunden sind. Auch in Aufregungszuständen ist die Auffassung der Umgebung oft nur eine ungenaue gewesen, daher die Erinnerung daran nur eine summarische, die Einzelheiten nicht berücksichtigende. Erschöpfungszustände des Nervensystems z. B. nach sexuellen Ueberanstrengungen, fieberhaften Erkrankungen u. s. w. führen vorübergehend zu geistigen Schwächezuständen, in denen die Aufnahme neuer Eindrücke sowohl wie das Festhalten erschwert und unmöglich geworden ist. Hinterher erinnern manche Kranke wohl Einzelheiten aus der Zeit geistiger Störung, andere dagegen erinnern Nichts davon, und ist dieser Zeitabschnitt wie aus dem Gedächtnisse herausgeschnitten. So kommt es vor, dass Kranke nach Jahrzehnten noch in dem Alter zu stehen glauben, in dem sie erkrankten. Sie begreifen nicht, dass ihre Kinder, die sie als kleine verlassen hatten, verheiratet sind; so sprach eine Dame nach 50jährigem Aufenthalt in der Anstalt noch von ihren angeblich jetzt erst 2 oder 3jährigen Kindern. In diesen Fällen sind neue Eindrücke in der Zeit des Krankheitszustandes nie bleibende Bestandtheile des Gedächtnisses geworden. Eine unvollständige Aufnahme von Vorstellungen ins Gedächtniss ist es auch, wenn Kranke dieselben Handlungen wieder vornehmen, die sie kaum beendigt haben, die nämlichen Menschen kurz hintereinander wieder um ihren Namen fragen, denselben Personen eine Geschichte mehrere Male hintereinander erzählen. Meistens handelt es sich um schwere Erkrankungen der Hirnrinde. Gleichzeitig ist die Wiedererneuerung alter Erfahrungen und Uebungen bald auf Gebiete beschränkt, in denen lang geübte, daher sehr geläufig gewordene Vorstellungen stattfinden. Lehrer behalten im Blödsinn die Fähigkeit, Regeln der Grammatik aufzusagen, Aerzte Recepte zu schreiben. Um so bedenklicher, als ein Zeichen hoher geistiger Schwäche, ist es, wenn Vergesslichkeiten gerade in diesen kleinen Handlungen des täglichen Lebens auftreten und, das Allerbedenklichste, gar nicht mehr bemerkt werden. Dahin gehört es, wenn ein Kaufmann sich verrechnet bei wiederholtem Zusammenzählen, der Schreiber einfache Schreibfehler wiederholt zu Stande bringt, die Unterschriften weglässt; wenn Jemand frühere nahe Bekannte mehrfach nicht mehr grüsst, mehrere Male das Haus verlässt, ohne es zuzuschliessen, oder aus dem Wirthshaus fortläuft, ohne zu

bezahlen, vielleicht sogar ohne Hut oder Ueberzieher. Krankhaft ist natürlich nur das Wiederholte solcher Unterlassungen, wodurch die Unmöglichkeit der Berichtigung klar wird; wahrscheinlich liegen meistens umfangreiche und tiefgreifende Gehirnerkrankungen solchen Erscheinungen zu Grunde.

Eine organische Grundlage haben jedenfalls auch einige Erinnerungsmängel, die durch den Verlust nur einzelner bestimmter Vorstellungsgruppen gekennzeichnet sind; da sie vielfach mit Herderkrankungen des Gehirns zusammenhängen, sind sie als solche schon weniger als volle Psychosen kenntlich; sie zeigen sich als wahre Ausfallserscheinungen, die meistens auf der Unterbrechung bestimmter Leitungsbahnen beruhen. Dahin gehören die sogenannte amnestische Aphasie, Schriftbilderstörungen u. s. w. Sehr merkwürdig aber ist das einzelne Male beobachtete vorübergehende Verschwinden einer einzelnen fremden Sprache, der Zahlen und der früheren musikalischen Auffassung aus einem Gedächtniss, bei Erhaltung aller sonstigen Gedächtnisseigenschaften; man hat daher von Localgedächtnissen gesprochen, wobei man indessen höchstens einen zerstreuten Sitz annehmen kann. Fanden sich dann nach wenigen Tagen die vergessenen Fähigkeiten wieder ein, so kann nur irgend eine Störung des Blutumlaufes im Hirn, oder eine leichte mechanische Leitungsunterbrechung die Ursache gewesen sein. Nach einer Gehirnerschütternng vergass ein Chirurg drei Tage, dass er Frau und Kinder habe, während er sonst ein unberührtes Gedächtniss zeigte. Auch der alleinige Verlust von Eigennamen, Substantiven und Adjectiven ist, dieser Reihe nach, beobachtet und zwar zuweilen mit ihrem Wiedereintritt in der umgekehrten Reihenfolge.

In allgemeinerer Weise zeigt sich das Gedächtniss krankhaft verändert als gesteigerte Aufnahme und erleichterte Wiedererneuerung von Erinnerungen. Die regelrechte Leichtigkeit des Behaltens bei Kindern, die wir durch die Neuheit der Eindrücke verständlich finden, hat ein Seitenstück in der gleichen Fähigkeit einzelner Schwachsinniger, die man auch wohl als Gedächtnissmenschen bezeichnet. Freilich ist diese erleichterte Aufnahme fast immer eine einseitige. Es gibt unter ihnen bekanntlich wahre Zahlenmenschen, Rechnenkünstler. Zuweilen scheint die Kenntniss ihrer geistigen Schwäche sie zu veranlassen, jene Fähigkeit gleichsam als Ersatz sorgfältig zu üben, um die Schwäche zu verdecken, und bringt sie soweit, dass sie alle Eindrücke zahlenmässig verwerthen, wie z. B. beim Anhören eines Schauspiels nicht den Inhalt zu beachten, sondern die gesprochenen Worte zu zählen.

Sehr wesentlich ist für die erleichterte Aufnahme von Gedächtnissmaterial die Stimmung; der Melancholiker beachtet meistens nur traurige, düstere Eindrücke und behält sie, während er heitere vernachlässigt. Umgekehrt verarbeitet der Maniakalische vorzugsweise die heiteren Eindrücke, verbindet am liebsten nur die schmeichelnden Bemerkungen mit seinem gesteigerten Selbstgefühl. Ebenso erneuert der Melancholische fast nur trübe Erinnerungsbilder und finstere Vorstellungen, während der Tobsüchtige dazu in der Regel die fröhlichen aussucht.

Erhebliche Störungen zeigen Geisteskranke in der Treue ihrer Erinnerungen; weil die Stimmung des Augenblicks von grösstem Einfluss zu sein pflegt auf die Art, in der Erinnerungsbilder wieder vorgestellt werden, so kommt es dadurch zu einer nachträglichen Verfälschung der vergangenen Eindrücke. Deshalb erscheint dem Melancholischen sein ganzes früheres Leben als eine Kette trüber Erfahrungen und schlechter Thaten. Andere Male ist die Stimmung nicht so wesentlich als die Verknüpfung des kranken Bewusstseinsinhalts mit zufälligen äussern Eindrücken; die **Erinnerungsfälschung** zeigt sich dann darin, dass der Kranke glaubt, Personen oder Gegenstände seiner Umgebung schon früher einmal gesehen zu haben. Etwas Aehnliches ist es, wenn eine mitten im gewöhnlichen Vorstellungsverlaufe beachtete augenblickliche Situation den Eindruck erweckt, als habe man sie schon einmal genau so erlebt, als seien ihre Einzelheiten so genau bekannt, dass man beinahe voraussagen könnte, was nun kommen werde. Solche Vorstellungen und Ahnungen sind sehr flüchtig und folgen sich viele in kurzer Zeit. Beim Beginn ist der Betroffene vom Eindruck überrascht, sucht nach Vervollständigung der ihn peinlich berührenden Unklarheit seiner Erinnerung. Diese Gefühle der Unsicherheit und Spannung hemmen eine willkürliche Verbindung der Vorstellungen und vereiteln die Kritik des ungewöhnlichen Bewusstseinsinhaltes.

Sehr ausgeprägte Erinnerungsfälschungen zeigen Epileptische im Zusammenhange mit den Anfällen. Dic Erinnerung des schon einmal Erlebten nimmt dabei einen grösseren Zeitraum ein und zieht die eigene Person in diesen Kreis. Der Kranke erklärt nicht nur bei seiner Aufnahme in die Anstalt, er sei bereits zum zweiten Male hier, man habe ihm dies oder das schon einmal gesagt, sondern alle Erlebnisse der Gegenwart werden ihm zu Erinnerungen der Vergangenheit. So kann es vorkommen, dass die Täuschung sich durch Monate und Jahre erstreckt und in dem Kranken die Vorstellung erzeugt, dass er ein sich wiederholendes Doppelleben führe. Dichterische Ausschmückungen führen auf diesem Wege zur Bestätigung des Glaubens

an eine Seelenwanderung, die dann in ein Wahnsystem eingeflochten erscheint und z. B. die Behauptung eines Kranken begründete, der sich für den ewigen Juden ausgab. Wenn die Vorstellung des Doppellebens eine anfallsweise hervortretende ist, so bezeichnet man sie als **doppeltes Bewusstsein**; hier ist die Erneuerung selbst der gewöhnlichsten Vorstellungen für bestimmte Zeitabschnitte, wie Tage und Monate, ganz wie abgeschnitten; kehrt der alte Zustand zurück, so finden sich alle alten Erinnerungen wieder ein, es fehlen jedoch die aus dem neuen fast kindischen Zustande. Eine Kranke erzählte in den nächsten Anfällen immer das, was in den vorhergehenden mit ihr geschehen war, was sie gethan und gehört hatte. Ein Trunkener wusste nur im trunkenen Zustande sich wieder auf Vorgänge zu besinnen, die ihm im nüchternen jedes Mal entfallen waren. Auch bei periodischer Tobsucht kommen ähnliche Erscheinungen eines doppelten Bewusstseins vor, wobei der Kranke immer nur die Erinnerung für den gleichartigen Zustand bewahrt.

Die Störungen des Gedächtnisses in seinen verschiedenen Formen beruhten im Wesentlichen auf Besonderheiten im Verlauf und der Verbindung an sich selbständiger und locker neben einander stehender Vorstellungsreihen. Eine verwandte Thätigkeit, bei der aber eine willkürliche Auswahl anfänglich die Verbindung nach einem bestimmten Plane vollzieht, ist die **Phantasie**. Ihr wesentlichstes Merkmal ist das Denken in Bildern, während der sprachliche Ausdruck schärferer Begriffe ihr fehlt. Wir überlassen uns dem Spiel unserer Vorstellungen schon als Kinder; auch der Erwachsene überlässt sich seinen Gedanken, lässt der Phantasie die Zügel schiessen; besonders in der Dunkelheit und Stille der Nacht schweift die Phantasie umher. Im Traum wirkt sie mit, und wahrscheinlich werden sehr häufig lebhafte Phantasievorstellungen und Träume mit Hallucinationen verwechselt. Das Vorstellen in Bildern gibt auch den verbundenen Vorstellungen einen Körper von Sinnlichkeit, der an die sinnliche Deutlichkeit der Sinnestäuschung hinanstreift. Wahrscheinlich wird die Lehre der Sinnestäuschungen einen weit geringeren Raum einnehmen, sobald es gelingt, Sinnestäuschungen und Phantasievorstellungen scharf zu trennen; vermuthlich handelt es sich in sehr zahlreichen Fällen nur um letztere, wo man aber bis jetzt Sinnestäuschungen anzunehmen pflegt. Eine Ausnahme machen vielleicht nur die von sprachlichen Ausdrucksformen begleiteten Gehörstäuschungen.

Vielfach knüpfen die Phantasievorstellungen an körperliche Gefühle; der Hungrige träumt von Schmausereien, der Durstige von köstlichen Getränken. Beim Hypochonder ist die Phantasie geschäftig,

künftige Leiden auszumalen. Der Melancholiker knüpft an peinliche und ängstliche Gefühle Vorstellungen von Hinrichtungen, die mit allen ihren Einzelheiten phantastisch ausgemalt vor seinem innern Auge vorbeiziehen. Die geschlechtliche Erregung führt zur Ausmalung schlüpfriger Bilder, Frauen geben während der gerade bestehenden Menstruation an, Kinder in grosser Zahl geboren zu haben. Immer mehr schaffen die Kranken sich eine Phantasiewelt, ohne doch von ihrer Wirklichkeit völlig überzeugt zu sein, wie ja auch der Gesunde nicht selten in phantastischen Bildern zu schwelgen pflegt. Ohne sich um ihre Umgebung zu kümmern, halten die Kranken Reden, wie ein Schauspieler sich ganz der augenblicklichen Situation hingebend. Unter lebhaften Bewegungen schreiten sie in der Zelle auf und ab, halten auf dem Saale oder Gang lebhafte Gespräche, in der Regel scheltend und zankend; man sollte meinen, sie hörten oder sehen eingebildete Personen in der That vor sich. Indessen aufmerksam gemacht durch Fragen des Beobachters, unterbrechen sie sich lachend längere Zeit oder fahren bald wieder ebenso fort; dies lebhafte Phantasiespiel unterhält den Kranken. Es kommt besonders in Erregungszuständen vor, und sind solche Kranke nach ihrer Genesung im Stande auseinander zu setzen, dass keine wahren Sinnestäuschungen sie veranlassten, in Schauspielerart Gespräche zu führen, sondern dass nur die lebhaft erregte Phantasie eine solche willkürlich beginnende Vorstellungsreihe zum sprachlichen Ausdruck drängte. Ferner sind es Schwachsinnige, die sich gefallen in prahlerischen Schilderungen; indessen wird das Meiste hineingefragt und fehlte diesem Gefasel das Schöpferische der Phantasie. Ueberhaupt zeigt auch diese Störung geistiger Vorgänge wieder einmal wie so viele andere, das fortschreitende Ueberwiegen lockerer Vorstellungsverbindungen über die Fähigkeit zu ihrer bewussten Auswahl.

C. Störungen des Gefühlslebens.

1. Affecte, sinnliche und höhere Gefühle.

In den bisherigen Betrachtungen haben wir schon mehrfach hervorheben müssen, dass die Störungen geistiger Vorgänge in verschiedenfachster Weise beeinflusst wurden von Stimmungen und Gefühlen. Gemüthsbewegungen gelten schon dem Laien als geläufige Ursachen und Zeichen der Geisteskrankheit überhaupt. Lebhafte Gefühle bringen immer Veränderungen in dem Verlauf unserer Vorstellungen hervor, diese verstärken ihrerseits wieder jene Gefühle. Wir

nennen diese daher **Affecte**. Heftige Gefühle hemmen in der Regel plötzlich den Ablauf der Vorstellungen; dies geschieht sowohl durch starken sinnlichen Schmerz wie durch unerwartete Ueberraschungen. In der Regel tritt erst bei der Lösung des Affectes die Ursache hervor, und kann dann Schreck, Erstaunen, heftige Freude oder Zorn sichtbar werden; freudige Affecte lösen sich schneller als traurige, die sogar die Neigung haben in dauernde Stimmungen überzugehen. Durch zahlreiche körperliche Folgen, die unter Störungen im Gefässnervensystem u. s. w. gesondert betrachtet werden, wirken die Affecte auf die Gemüthsbewegung zurück, und verstärken sich dabei namentlich die verwandten Gefühle. Zornige Geberden steigern den Zorn, Herzklopfen vermehrt die Angst des Furchtsamen; zuletzt lösen diese Folgezustände freilich den Affect, der Zorn tobt sich aus, Thränen lindern den Schmerz. Sonst verliert der vom Affect Ergriffene, wenn er seiner eigenen Bewegungen nicht mehr mächtig ist, auch die Herrschaft über seine Gefühle und Vorstellungen: es gibt daher Affectzustände mit völliger Ideenflucht, die von einem Tobsuchtsanfall nur durch den Namen unterschieden sind. Zwischen den Affekten des Gesunden und diesen äussersten Aufregungszuständen liegt aber eine Reihe von Gefühlserregungen, bei denen die Abgrenzung nach der kranken Seite sehr schwer ist, und ist es oft willkürlich, ob man Schwankungen oder verschiedene Grade in der Lebhaftigkeit der Gefühle krankhaft oder gesund nennt. Indessen ist doch eine Durchschnittslage im Allgemeinen festzuhalten, von der sich die Schwankungen nicht zu weit entfernen dürfen, ohne ein Missverhältniss zwischen Reizstärke und Erregung zu zeigen. Empfindungen und Gefühle, die Lust oder Unlust erzeugen, sind sinnliche subjective Gefühle. Die Summe aller Gefühle, welche aus den Empfindungen des eigenen Leibes hervorgehen, alles körperliche Wohl und Wehe, bilden zusammen das Gemeingefühl. Die wichtigste Rolle spielen dabei Zustände der innern Organe, aber auch Empfindungen in Ohr und Auge gehen als Bestandtheile in das Gemeingefühl ein. Diese sinnlich bedingten **Lust- oder Unlustgefühle** drängen in stärkeren Graden immer zur Steigerung oder Beseitigung durch Körperbewegungen, und gehen dann über in Triebe; stärkere Affecte führen zu triebmässigem Begehren oder Widerstreben.

Indessen die Störungen der Triebe fallen schon in das Gebiet des Handelns, während es zunächst noch unsere Aufgabe bleibt, die Störungen des Gefühlslebens davon getrennt zu untersuchen. Dabei haben wir also nicht nur die Störungen durch **sinnliche Gefühle** zu berücksichtigen, sondern in noch höherem Grade die der **höheren**

geistigen Gefühle, also alle Gemüthsbewegungen, die die Verbindungen der Vorstellungen und die mit bewusster Auswahl auftretenden geistigen Vorgänge begleiten; sie pflegen auch selten von den sinnlichen ganz getrennt aufzutreten.

Eine **Steigerung** der **Unlustgefühle** ist bei dem Ablauf vieler geistiger Störungen vorhanden. Alle Reize der Aussenwelt und des eigenen Körpers steigern dann die gemüthliche Erregbarkeit; selbst die Erregung gewohnter Eindrücke wird zur Quelle von Unlustgefühlen. Namentlich im Beginne und auch schon in der Entwicklung vieler Geisteskrankheiten ist diese Erscheinung zu beobachten. Nichts lässt sich den Kranken recht machen, an jede Vorstellung schliesst sich ein Unlustgefühl, eine schmerzliche Gemüthsbewegung. Vorschlagend ist die gesteigerte Erregbarkeit der Unlust daher auch ein Zeichen gedrückter melancholischer Zustände, kann sich aber vorübergehend auch in der heiteren Aufregung zeigen. Für die höchste Steigerung der Unlustgefühle hat man den Ausdruck psychischer Schmerz eingeführt. In der That ist die Verwandtschaft dieser Zustände mit körperlich bedingten Schmerzen eine grosse, nur der Ort der Entstehung unterscheidet sie. Der psychische Schmerz ist eine Folge von Ernährungsstörungen des Gehirns oder gröberen Veränderungen in ihm; er verschwindet daher erst mit Beseitigung dieser Ursachen. So lange diese bestehen, drängt sich der psychische Schmerz in den Vordergrund des Bewusstseins, gestattet oft keine anderen Erregungen, er unterdrückt alle übrigen Gefühle und Vorstellungen. In geringern Graden ist mehr ein unbestimmtes und dunkles Gefühl vorhanden, das sich äussert als Unruhe, Angst oder Traurigkeit; aus diesem Gefühl, das jeden Eindruck in dieselbe Richtung drängt, entwickelt sich die traurige Stimmung, in der Wohlwollen und Liebe nur Misstrauen und Hass erregen. Die gesteigerte Empfindlichkeit bezieht Alles auf sich, weil sie sich wirklich von Allem unangenehm berührt fühlt; misstrauisch schreibt der Kranke seinen Zustand widrigen Einflüssen der Aussenwelt zu, wähnt sich beeinträchtigt und verfolgt, oder sucht die Ursache seiner Leiden in früheren meist gleichgültigen Handlungen seines eigenen Lebens, die ihm jetzt als Vergehen oder Sünden erscheinen. Die häufige Vermischung mit Sinnestäuschungen steigert die Empfindlichkeit und bestätigt die daraus gefolgerten Wahnvorstellungen.

Die Verbindung der Störung körperlicher sinnlicher Gefühle mit dem schmerzlichen Bewusstseinsinhalt drückt immer das Selbstgefühl herab, und erzeugt bei diesen Kranken in der Regel auch ein lebhaftes Krankheitsgefühl. Eine andere Folge der Hemmung

des Gedankenflusses, die aus dem Ueberwiegen der traurigen Vorstellungen entsteht, ist die Beschränkung des Gedankenkreises auf die eigene Persönlichkeit. Das Mitgefühl des Gesunden, der theilnimmt an den Vorstellungen und Gefühlen der Gemeinschaft, der er angehört, ist dem Kranken verloren gegangen. Er erscheint gleichgültig und theilnahmlos, ohne innern Antheil an den Vorgängen in seiner Umgebung, nur beschränkt auf seine eigenen Gefühle. Verliert sich im Verlauf der Krankheit der ursprüngliche traurige Affect, so wird die Theilnahmlosigkeit zum Zeichen geistiger Schwäche und des Verlustes aller höheren geistigen Gefühle. Nicht nur die gesteigerte Empfänglichkeit für die früheren Unlustgefühle ist verschwunden, das Schamgefühl sogar bei den einfachsten Handlungen tritt ganz zurück.

Es ist also sogar eine **Herabsetzung** der Unlustgefühle eingetreten. Das Gefühl der Scham, der Theilnahme für Andere ist bei gewissen angeborenen geistigen Schwächezuständen überhaupt gar nicht ausgebildet; auch hier begegnen wir dabei einem ausgesprochenen Egoismus. Die Gemüthlosigkeit ist aber auch eine auffallende Erscheinung vieler anderer erworbener geistiger Störungen; die Empfindlichkeit für Unlustgefühle ist in ihnen bedeutend herabgesetzt. Ebenfalls in der Entwicklung der Krankheit ist es eines der bedenklichsten Zeichen, wenn der Widerwille und Ekel gegen unsittliche und unästhetische Handlungen und Reden schwindet. Auch beim Uebergang in geistige Schwäche hat diese Erscheinung eine sehr üble Bedeutung. Hand in Hand damit pflegt eine Abstumpfung des Selbstgefühls einherzugehen; indessen hat diese in manchen Aufregungen nicht die gleiche schlimme Bedeutung, da der gesteigerte Bewegungsdrang und die Unfähigkeit einer ruhigen Ueberlegung und Auffassung des Geschehenen hier das Verhalten erklärt. Scheut sich aber ein Kranker, der nicht im Affect ist, gar nicht davor unanständige Dinge ganz ohne Rücksicht auf seine Umgebung zu erzählen und Handlungen vorzunehmen, die der Gesunde nur ohne Zeugen verrichtet, so ist die Herabsetzung dieses Unlustgefühles ein Beweis hochgradigen Schwachsinns oder tief gestörten Bewusstseins. Der Verlust der Reinlichkeit führt dann zum Herumschmieren, ja sogar zum Verzehren der ekelhaftesten Dinge. In so hohen Graden ist die Erkenntniss und Beurtheilung natürlich eine leichte; gerade aber die geringeren Grade, die ohne scharfe Grenze in die Breite der Gesundheit hinüberreichen, sind für Arzt und Richter praktisch von grösster Wichtigkeit. Das Fehlen der höheren geistigen Gefühle, namentlich der religiösen, ethischen und ästhetischen, ihr

Schwinden oder ihre ungenügende Entwicklung sind Formen der Herabsetzung der Unlustgefühle, die fast immer krankhaft sind. Eine besondere Form von Gemüthsstumpfheit ist eine Seite des angeborenen Schwachsinns und ist oft als moralisches Irresein bezeichnet worden; Näheres soll darüber beim Schwachsinn auseinandergesetzt werden.

Die letztgenannten Erscheinungen sind nun wohl ebenso sehr auf eine **Herabsetzung der Lustgefühle** zu setzen. Auch bei körperlichen Krankheiten genügt schon der Verlust oder Wiedergewinn sinnlicher Lustgefühle an einfachen Genüssen wie Speisen oder z. B. am Rauchen, um der Umgebung bedenkliche Besorgnisse oder tröstliche Beruhigung einzuflössen. Ebenso ist es nun der Fall mit den geistigen Gefühlen. Wenn der Kranke die Fähigkeit verliert, sich über eigenes oder fremdes Glück zu freuen, oder wieder Lust an höheren Dingen gewinnt, Freude über das Glück Anderer äussert, so ist der Eintritt oder das Schwinden der Gemüthsstumpfheit als Zeichen der Krankheit deutlich und wichtig. Andererseits macht sein beständiges Krankheitsgefühl, auf einer Ernährungsstörung des Gehirns beruhend, dem Verstimmten es unmöglich eigene oder fremde Lust zu empfinden. Mitfreude kann indessen unmöglich sein wegen Ueberfüllung des Bewusstseins mit traurigen oder auch mit heiteren Vorstellungen, daher auch ein Tobender und Aufgeregter als Egoist erscheint.

Bei ihm haben die Lustgefühle, die durch körperliche Gefühle eingeleitet werden, andererseits sogar eine hochgradige **Steigerung** erfahren; sein Selbstgefühl ist gehoben. Er fühlt Behagen und Kraft, lobt seine Gesundheit, erklärt sich frisch und fähig zu grossen Leistungen. Muthwillen und Ausgelassenheit sind auch Zeichen bei krankhaften heiteren Affecten. Dabei ist der Ablauf auch anderer Vorstellungsverbindungen erleichtert. Unbegründet durch äussere Ursachen tritt so schon die heitere und glückliche Stimmung mancher Schwindsüchtiger hervor, bei denen Ernährungsstörungen des Gehirns zu Grunde liegen; ganz ähnlich verhält es sich auch bei der fortschreitenden Dementia paralytica. An diese Lustgefühle schliesst sich noch der im vorigen Abschnitt berührte eigenthümliche Zustand von Verzückung, die Ekstase. Der gesammte Bewusstseinsinhalt des Kranken wird von einem Gefühle seliger Wonne beherrscht, das ihn weit über alle Noth des Daseins erhebt; schwelgend überlässt er sich diesem Gefühl, vergisst darüber die Gegenwart und ist unempfindlich für selbst starke äussere Reize. Schwere Erkrankungen des Gehirns oder Erschöpfungszustände führen zu dieser Erscheinung.

Aus einem Wechsel und einer Mischung gestörter Lust- und Unlustgefühle bilden sich Erscheinungsgruppen, die zu den häufigsten

und wichtigsten Zeichen geistiger Störungen gehören. Wenn zugleich eine gesteigerte Erregbarkeit beider Arten von Gefühlen vorhanden ist, so haben wir die Erscheinung des **Stimmungswechsels.** Der Uebergang von Lust zum Schmerz, von Freude zur Traurigkeit erfolgt ohne Vermittelung.

Das Schwanken von einem Gegensatz zum andern geht rasch vor sich; zuweilen gewinnt man den Eindruck, als ob diese gegensätzlichen Zustände sich gegenseitig verursachen, wie ja auch im täglichen Leben eine überstandene tiefe Trauer den freudigen Gefühlen freieren Lauf verschafft, und nach diesen die Empfänglichkeit für Wehgefühle gesteigert ist. Eine krankhafte Reizbarkeit ist aber vorhanden, wenn tiefe Rührung und Leidseligkeit rasch hinüberschwanken zu unbeherrschter Lustigkeit, so dass Weinen und Lachen rach mit einander wechseln. Das schwankende Gleichgewicht wird durch die kleinsten Anlässe nach der einen oder andern Seite geneigt. Launenhaftigkeit ist wie bei Kindern durch jähen Wechsel der Stimmung gekennzeichnet. Dadurch, dass eine Vorstellung von der unsicheren Gleichgewichtslage der eigenen Stimmung in das Bewusstsein des Kranken eingeht, entwickelt sich als eine Folge der reizbaren Verstimmung, Unsicherheit der Handlungen. In seiner Reizbarkeit steht der Kranke fortwährend auf gespanntem Fusse mit seiner Umgebung, er zieht sich aber nicht nur misstrauisch zurück wie der Melancholische, sondern tritt zornig, feindselig und rücksichtslos auf. Der Trieb zur Abwehr aller äusseren Einflüsse tritt in den Vordergrund. Neigung zum Widerspruch und zur Unzufriedenheit vereinen sich mit feindseligen Handlungen, die aber durch das Einfallen unklarer Lustgefühle nicht vorher zu berechnen sind; darum muss der Stimmungswechsel der reizbaren Kranken meistens bedenklich erscheinen. Geradezu gefährlich für die Umgebung sind diese Zustände bei Epileptischen und Gewohnheitstrinkern; dabei ist es wichtig hervorzuheben, dass durchaus nicht immer eine Verbindung oder Herleitung dieser Stimmung aus Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vorzuliegen braucht; andererseits ist der rasche Stimmungswechsel ein Zeichen von beginnender Geisteskrankheit, und kann die Form dieser dabei eine sehr verschiedene werden.

Der Stimmungswechsel ist unter Umständen ein so rascher, dass er scheinbar zu einer gleichzeitigen Mischung der entgegengesetzten Gefühle führt; der Affect der Rührung zeigt diese Mischung und ist ein Krankheitszeichen, wenn er nicht in der früheren Gemüthsanlage des Einzelnen begründet ist.

Denn die Seele jedes einzelnen Menschen enthält in ihrer ihr eigenthümlichen Anlage zu Gemüthsbewegungen ein Element, das wir bei der Frage, ob wir Zeichen der Krankheit vor uns haben, immer berücksichtigen müssen. Das **Temperament** des Einzelnen beeinflusst die Stärke der Gemüthsbewegungen und die Schnelligkeit ihres Wechsels. Die zu starken Affecten neigenden Temperamente, das cholerische und das melancholische, geben sich mit Vorliebe den Unluststimmungen hin, während das sanguinische und phlegmatische, mit schwächeren Affecten, sich mehr den Genüssen des Lebens zuwenden. Andererseits sind die Temperamente entweder durch raschen oder langsamen Stimmungswechsel ausgezeichnet; die Gedanken richten sich im letzten Fall gern auf die Zukunft: der Melancholiker geht seinen eigenen Gedanken nach, vertieft sich in die Vorstellung einer freudelosen Zukunft; der Phlegmatische hält in zäher Ausdauer an seinen Entwürfen fest. Leicht bestimmt durch äussere Eindrücke, wird dagegen das rasche Temperament des Sanguinikers und Cholerikers durch die Gegenwart gefesselt. Bei der Beurtheilung der Gefühlsstimmungen ist diese schon in der Gesundheitsbreite so deutliche Anlage des Temperaments nicht zu vergessen.

Alle bisher besprochenen Arten von Gefühlsstörungen bezogen sich entweder auf ein Mehr oder Minder, oder auf die einseitige Hervorhebung einer Gefühlsrichtung, und schliesslich auf den Wechsel der Stimmung in den weitesten Grenzen. Es gibt aber noch eine Gruppe von Gefühlsstörungen, die in anderer Weise auftreten, insofern der Reiz das entgegengesetzte Gefühl hervorruft. Es findet eine Umkehr oder doch eine völlige **Verdrehung** des Zusammenhanges zwischen Reiz und Empfindung statt. Eindrücke, die beim Gesunden Lustgefühle erregen, werden hier nur Unlust, und umgekehrt. Auf dem Gebiet der sinnlichen Gefühle sind hier anzuführen die sogenannten Idiosynkrasieen hysterischer Personen, von denen zuweilen, dem Gesunden angenehme Empfindungen, wie Blumenduft, unangenehm empfunden werden, während andererseits widerliche Gerüche und Gestank zu Lustgefühlen führen; auch das Gelüste nach stark, oft ekelhaft schmeckenden Speisen gehört hierher; angedeutet ist es nicht selten in der Schwangerschaft. Kothschmiererei u. s. w. ist nicht immer nur eine Folge von Lähmung der Ekelgefühle, wie wir früher sahen, sondern muss zuweilen auch als eine Verdrehung der regelrechten Beantwortung von Eindrücken durch das Gefühl aufgefasst werden. Eine praktisch besonders wichtige Gruppe umgekehrter oder verdrehter Gefühlsempfindungen begegnet uns auf dem Gebiete des Geschlechtslebens. Wir finden Unlustempfindungen gegenüber dem anderen, und Lustgefühle gegenüber dem eigenen

Geschlecht mit entsprechendem Drange zu geschlechtlichem Verkehr bei Personen, die meistens erblich belastet sind; es handelt sich dann fast immer um Menschen, deren gesammte geistige Entwicklung eine krankhafte gewesen ist, und gehören diese Zustände in der Regel zu den sogenannten Entartungsformen. Eine Verdrehung geschlechtlicher Gefühle führt weiter zur widernatürlichen geschlechtlichen Befriedigung an weiblichen Leichen oder Thieren nach vorausgegangenem Lustmorde.

Auch die höheren geistigen Gefühle erfahren zuweilen entsprechende Verdrehungen. Man denke an die grausame Lust am Schmerz von Menschen und Thieren, die verbrecherischen Neigungen Schwachsinniger, die Freude am Zerstören; auch diese Eigenschaften pflegen sich schon in früher Jugend einzustellen und beweisen dadurch ihre Entwicklung auf erblicher Grundlage, so dass wir auch diesen Störungen unter dem sogenannten moralischen Schwachsinn näher treten werden. Aber auch bei erworbenen, nicht erblich beeinflussten Geisteskrankheiten können sich ähnliche Umdrehungen der Lust- und Unlustgefühle zeigen. Da sie sich meistens mit Handlungen verbinden, werden sie uns bei den Störungen dieses Gebietes näher beschäftigen.

2. Angst und verwandte Gefühle.

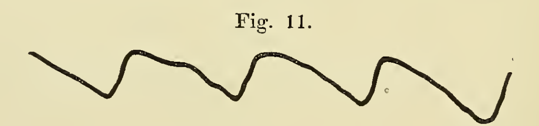
Im Anschluss an die Störungen des Gefühlslebens müssen noch verschiedene Störungen der Gehirnthätigkeit erörtert werden, die fast regelmässige Begleiterscheinungen geistiger Störungen überhaupt, besonders aber der mit Gemüthsbewegungen verbundenen sind. Vorher muss nur noch ein Zustand in dieser Beziehung genau geschildert werden, dem wir im Vorstehenden schon mehrfach begegnet sind; seine Verbindung mit bestimmten körperlichen Zeichen ist eine so feste und abgegrenzte, dass wir erst in diesem Zusammenhange das richtige Bild gewinnen. Es ist der Zustand der Angst; der Affect der Angst verbindet sich nämlich auf das Innigste mit Störungen in der Thätigkeit der Herzthätigkeit und Athmung, sowie der absondernden und Gefässnerven; innerhalb dieser Gruppe von Erscheinungen ist das Bild in verschiedenen Graden ein leicht kenntliches. Nur die Entäusserung der Angstgefühle durch tobsüchtige Aufregung und gefährliche Handlungen ist als ein Folgezustand noch daneben zu berücksichtigen. Jene Verbindung mit Störungen der genannten Functionsgebiete hat einen bestimmten Ausdruck gefunden in der Bezeichnung des Hauptzeichens der Angst als **Präcordialangst**. Der Kranke empfindet eine Beengung, einen Druck in der Herzgegend oder ihrer nächsten Um-

gebung; er spricht von einem Krampf des Herzens, hat ein Gefühl, als ob das Herz zusammengedrückt werde, ein Gewicht darauf läge und ihm die Brust zersprengen wolle. Störungen im Bereich der Athmungsorgane veranlassen zu der Bezeichnung, dass die Kehle zusammengeschnürt werde. Diese Gefühle im Halse und in der Herzgrube gehen also einher mit unvollkommener Athmung und mit Beschleunigung oder Herabsetzung der Pulszahl. Diese Erscheinungen zusammen mit der psychischen Entstehung der Angst zwingen zu der Auffassung, dass Störungsvorgänge in der Hirnrinde sich auf das Vagusgebiet ausbreiten; jedenfalls dürfen wir den umgekehrten Weg der Entstehung der Angst aus etwaigen körperlichen Krankheitszuständen des Herzens oder der Athmungsorgane nur in den bestimmten Fällen berücksichtigen, wo solche Erkrankungen thatsächlich nachzuweisen sind; natürlich können sie ihrerseits bestehende psychische Angstgefühle vermehren, diese sie wieder steigern, denn im Allgemeinen ist der Ursprung der Angst im Centralnervensystem zu suchen. Zu den Störungen des Vagusgebietes muss auch das Versagen der Stimme, ihre Unsicherheit im Anlauten gerechnet werden. In stürmischen Angstzuständen ist fast immer vorübergehend eine Unterdrückung, bald nachher immer eine verstärkte Absonderung des Urins und auch des Schweisses festzustellen. Alle die genannten körperlichen Zeichen kommen als regelmässige Merkmale auch der so zu sagen normalen Angst zu, die uns durch erschreckende, furchterregende und traurige Eindrücke berechtigt erscheint; ebenso erhalten sich bei der durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen begründeten Angst Geisteskranker diese nur körperlichen Bestandtheile des Affects länger. Doch ist zu bemerken, dass bei längerer Dauer von Angstzuständen, die durch tiefere, selbst anatomische Veränderungen der Hirnrinde bedingt sind, das psychische Element mehr in den Vordergrund tritt. Die heftigsten Angstzustände überhaupt, wie sie sich bei Epileptischen und Paralytikern zeigen, in denen die Kranken sich sogar in tiefer Störung des Bewusstseins befinden, lassen bei längerem Bestehen Athmung und Herzthätigkeit oft wenig berührt erscheinen. Einzelne klarere Geisteskranke verlegen das Gefühl der Beklemmung auch in den Kopf, und ihrer Angst fehlen dann deutlichere Zeichen von Seiten des Körpers. In anderen Fällen haben wir vielleicht nur schwächere Grade der Angst vor uns; so beruht die Kleinmüthigkeit und Verzagtheit mancher Kranken wohl nur auf dem Zustande der Aengstlichkeit, die zu ähnlichen Erscheinungen im Leben des Gesunden überführt. Der Sprachgebrauch geht jedenfalls auch noch in mancher Beziehung weiter hinaus über den oben entwickelten Begriff der Angst

und begreift noch zahlreiche andere Erscheinungen unter ihm; so spricht man bekanntlich von schlotternden Knieen, die Beine tragen den Aengstlichen nicht mehr; es gibt eine Anxietas tibiarum als Theilerscheinung allgemeiner Nervosität. Als Zeichen geistiger Störung mit Erkrankung des Gehirns ist aber die Beschränkung des Begriffes auf den erörterten Symptomencomplex gegeben.

Wenden wir uns nun zu den Störungen der **Gefässnerven**, so können wir vom Angstaffect ausgehen. Hier wie bei jedem Affect spielen Gefässverengerungen und Erweiterungen eine wesentliche Rolle Wir müssen uns das ganze Gefässnervensystem in Mitleidenschaft gezogen denken und dürfen erwarten, dass ähnliche Pulserscheinungen, wie sie peripher zu unserer Beobachtung gelangen, auch in der Hirnrinde ablaufen. So werden wir uns eine völlige Erschlaffung der Gefässwände mit gefülltem weichfluthenden Pulse auch im Gehirn zu denken haben, andererseits einen krampfartigen Verschluss der Gefässrohre, der zu völliger Blutleere durch gänzliches Verschwinden des Gefässlumens führen muss. Da nun sehr viele geistige Störungen mit Affecten einhergehen, so ist es sehr naheliegend, dass **Pulsveränderungen** bei ihnen festzustellen sind; in der That ist durch das Gefühl und den Sphygmographen zuweilen eine eigenthümliche Pulsform nachzuweisen, und daher in gewisser Weise für bestimmte Formen geistiger Störung als Krankheitszeichen zu verwerthen. So scheint es eine in allen Fällen bestätigte Thatsache zu sein, dass unheilbare, namentlich aber alle in *dauerndes* Kranksein übergegangenen geistigen Störungen den *Pulsus tardus* (vgl. Fig. 11) behalten, dessen sphygmo-

Fig. 11.



graphisches Bild erkennbar ist an dem Fehlen der gewöhnlichen in die Höhe schnellenden Spitze und an der ohne Schwankungen absinkenden Welle; er ist ein Ausdruck für eine Gefässlähmung, bei der das Gefässrohr sich langsam ausdehnt und der schwindenden Blutwelle nur langsam und ungenügend folgt, sie auch nicht oder nur wenig selbstthätig weiter drängt. Das Schwinden elastischer Spannungsfähigkeit der Arterienröhre ist ein Vorkommen bei den abgelaufenen geistigen Störungen und auch bei der paralytischen Seelenstörung häufig; die Betheiligung des Gefässsystems erscheint dadurch unmittelbar bestätigt. Vorläufig ist aber damit die Bedeutung der

Pulsbilder abgeschlossen, denn die früher gehoffte Ausdehnung dieser Untersuchungsweise zur Feststellung der einzelnen klinischen Erkrankungsformen hat in der Psychiatrie noch nicht durchgeführt werden können. Nur sehr selten ist es z. B. möglich, Unterschiede in der Pulsform der beiden Körperseiten aufzufinden, die dann wie in der paralytischen Seelenstörung nach halbseitigen Anfällen auftreten und darauf hinweisen, dass der in einer Hälfte des Gehirns abgelaufene Gefässsturm einen hervorragenden Antheil an dem Krankheitsbilde hat. Man wird natürlich bei derartigen Untersuchungen nicht vergessen, dass Alter, Geschlecht und persönliche Verhältnisse den Ablauf des Pulsbildes immer wesentlich beeinflussen; ein kräftiger Gefässbau und ein rüstiges Gehirn müssen ganz andere Erscheinungen hervortreten lassen als eine schwächere Entwickelung sie bietet. Es bleibt aber sicher, dass im Allgemeinen die Gemüthsbewegungen sich in Zeichen am Gefässapparat wiederspiegeln.

D. Störungen des Willens und des Handelns.

1. Triebbewegungen.

Wir haben den Trieb bezeichnet als das wirkliche Element aller geistigen Functioen, als diejenige Thätigkeit, bei der Empfindung und Wille noch in ursprünglicher Verbindung wirksam sind. Schon die Störungen des Gefühlslebens lehrten uns daher theilweise die klinische Bedeutung der Triebe kennen; wir treten ihnen nun von der andern Seite näher, wo die Beziehung und Berührung zu willkürlichen Handlungen vor sich geht. Dabei bleibt aber die früher untersuchte Seite von grösster Wichtigkeit, insofern das dauernde Ueberwiegen begleitender Gefühle und Empfindungen über klare willkürliche Handlungen überhaupt erst das Triebleben zur Erscheinung bringt. Dieser Gegensatz und das Uebergewicht der Gefühle über die Willkürhandlungen erzeugen die Abweichungen vom gesunden Triebleben. In einem gesunden Bewusstsein ist jede Empfindung und Vorstellung von Gefühlen begleitet, die ein Begehren nach Fortdauer oder Aenderung des bestehenden Zustandes erregen; erst wenn diese Gefühle heftigere Grade erreichen, nehmen wir sie wahr als ein Getriebenwerden; unter Umständen drängen sich triebartige Strebungen dann unwiderstehlich vor, gewöhnlich aber beherrschen wir sie. Das begehrliche Streben äussert sich aber bei Kranken in vielfacher Weise, wenn die sinnlichen Gefühle ins Masslose steigen, so dass früher gesammelte ausgleichende und widerstrebende Vorstellungen kein Gegengewicht

mehr halten können, oder überhaupt nicht mehr willkürlich dagegen geführt werden.

Unter den krankhaften Trieben ist zuerst der heftige Trieb zum Muskelgebrauche, zu körperlicher Bewegung, überhaupt die allgemeine **körperliche Unruhe** zu erwähnen. Er äussert sich in tobsüchtigen Zuständen als anhaltendes Bedürfniss zu unruhigem Hin- und Hertreiben, zum Umsichschlagen, Schreien u. s. w. Wenn dabei die Umgebung belästigt oder Gegenstände zerstört werden, ist dies durchaus nicht immer als beabsichtigte Wirkung anzusehen; häufig sucht und findet dadurch der Kranke nur Erleichterung des innerlich empfundenen Druckes und der überströmenden Gefühle. Namentlich Angst und schreckhafte Vorstellungen können dann zu heftigen Gewaltthaten führen. Geringere Grade dieses Bewegungsdranges finden sich bei Aengstlichen und Verlegenen schon im täglichen Leben, wenn sie allerlei kleine unnütze Handlungen vornehmen, an den Kleidern zupfen, sich räuspern, den Platz wechseln. Bei krankhafter Steigerung der Angst kommt es zum ziellosen, Tage und Nächte andauernden Umherschweifen, fortwährendem Oeffnen und Schliessen der Fenster, Zerraufen der Haare, unablässigem Aus- und Wiederankleiden. In vielen geistigen Schwächezuständen zeigt sich eine grosse Vielbeweglichkeit; rastlose und triebartige, aber zwecklose Geschäftigkeit führt zum **Sammeln** aller erreichbaren Gegenstände. Bei der Entwickelung frischer Aufregungszustände lässt sich die allmähliche Steigerung des Bewegungsdranges aus kleinen Anfängen verfolgen. Anfänglich äussert er sich vielleicht nur in grosser Geschäftigkeit, dann im Umherreisen, stundenlangen Spaziergängen in Verbindung mit anderen Zeichen der Erregung; auf der Höhe der Krankheit finden wir Schreien, Singen, Laufen und Tanzen, Zerreissen der Kleidungsstücke; der Kranke schmückt sich mit den Fetzen und sonstigen erreichbaren Dingen. Er zerpflückt Stroh und Seegras, dreht sich Stricke und feste Bündel daraus, mit denen er unaufhörlich um sich schlägt, er drischt das Stroh förmlich aus und sammelt die etwa darin vorgefundenen Körner; schmiert mit Koth, bemalt damit die Wände des Zimmers, wäscht es mit seinem Urin. Oder er zerkratzt die Wände, zerstört Thüren und Fenster. In den höchsten Aufregungszuständen findet man die allgemeine Unruhe in einem Maasse gesteigert, dass es kaum verständlich ist, wie eine solche Muskelleistung fast ununterbrochen von einem oft schwachen Körper geleistet werden kann. Ein Tobsüchtiger kann Tagelang springen, tanzen und toben, ohne zu ermüden oder Erschöpfung zu zeigen. Er hat kein Ermüdungsgefühl, weil alle diese Bewegungen triebartig verlaufen, ungestört und unbeeinflusst von

willkürlicher Thätigkeit. Daher ist Niemand im Stande, solche Zustände nachzuahmen, die nur durch Erkrankungen des Gehirns hervorgerufen werden. Ein solcher Bewegungsdrang kann ohne gleichzeitige Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen auftreten. Die Annahme liegt nahe, dass es sich um unmittelbare Reizvorgänge in solchen Rindenfeldern des Vorderhirns handle, die Erinnerungsbilder von Bewegungen gesammelt haben; in diesem Sinne erscheint der Vergleich mit central bedingten Sinnestäuschungen berechtigt, und hat man daher auch von Hallucinationen des Muskelsinnes gesprochen.

Am Deutlichsten zeigt sich diese Entstehung triebartiger Bewegungen, abgelöst von jedem Einfluss des Willens, in sogenannten **Zwangsbewegungen** blödsinnig gewordener Kranken. Es sind dies einförmige Bewegungen, die regelmässig wiederkehren, sich unendlich oft in bestimmter, sogar rhythmischer Reihenfolge wiederholen. Ursprünglich mögen sie meistens durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen hervorgerufen sein, aber nach abgelaufener Erkrankung des Gehirns sind sie als selbstständige Reste übrig geblieben und werden gewohnheitsmässig fortgesetzt, nachdem ihr früherer Zweck vergessen ist; es fehlt diesen Kranken die Fähigkeit willkürlicher Auffassung und Auswahl bewusster Handlungen fast regelmässig. Einige reiben beständig die Kopfhaut, bis sich kahle Stellen von grosser Ausdehnung eingestellt haben, andere zerzupfen die Haut des Gesichts, zerpflücken oder zerkauen ihre Nägel, wischen und rutschen umher, greifen in regelmässigen Pausen an einzelne Theile des Körpers, z. B. Nasen und Ohren, in ganz bestimmter Reihenfolge. Versucht man sie zu stören, so wird das Tempo wohl beschleunigt, die Bewegungen werden heftiger, ohne an Regelmässigkeit einzubüssen. Andere Kranke gehen rasch einige Schritte vorwärts, dann einen zurück oder seitwärts und wiederholen solche Rösselsprünge tanzend unzählige Male, oder drehen sich plötzlich einige Male um ihre Achse, tanzen stundenlang bis zur eintretenden Ermüdung, oft ohne ein Wort zu sagen oder sonstige Aeusserungen zu machen.

Durch das Zwischenglied von Zwangsvorstellungen kommt es bei besinnlichen Kranken indessen auch zu Zwangsbewegungen, die häufig in der Form von **Zwangshandlungen** erscheinen. Die Vorstellung einer Handlung, die sich mit unwiderstehlicher Gewalt in das Bewusstsein eines Kranken gedrängt hat, treibt ihn trotz klarer Einsicht zu den furchbarsten Thaten. Das Triebartige kennzeichnet sich fast immer durch begleitende Affecte der Angst. Diese qualvollen Zustände drängen zu einer Entscheidung und führen zu Handlungen, die der Kranke im höchsten Grade verabscheut, aber begeht in dem Ge-

fühl, dass nur in ihnen noch Rettung und Beruhigung für ihn zu finden sei. Selbstmord, Mord und Brandstiftung sind solche Handlungen. Zerschlagen und Zerstören von Gegenständen kann in diesem Zusammenhange vor sich gehen, auch hier findet man das Entkleiden und ähnliche Vorgänge wieder. Die Ausführung geschieht meist rasch und heftig; zufällige äussere Umstände rufen sie herbei. Ein gerade daliegendes Messer oder Beil weckt die Vorstellung des Mordes, blitzartig ist die grausige That geschehen. Zuweilen warnt ein unbestimmtes Gefühl eintretender Muskelunruhe den Kranken, und trifft er dann selbst Vorsichtsmassregeln, oder er bittet seine Umgebung es zu thun. Aber ausgebildete Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen fehlen.

Verwandt sind damit in ihrer äusseren Erscheinung die Gewaltthaten Melancholischer; heftige Präcordialangst verlangt eine Entäusserung. Eine Sinnestäuschung, namentlich kurze befehlende Gehörstäuschungen, steigern hier zuweilen kurz vor der That den ängstlichen Trieb. Nach vollendeter That pflegt nach allen diesen Zwangshandlungen ein Gefühl grosser Erleichterung zu folgen, freilich oft genug nur, um von dem Gefühl bitterster Reue über das Vollbrachte abgelöst zu werden.

Es gibt triebartig auftretende Handlungen ausserdem noch bei einer Reihe von geistigen Störungen, die entweder angeborenen oder erworbenen Schwachsinn oder eine Verdunkelung des Bewusstseins mit sich führen. Hysterische, epileptische, erblich belastete Personen, von Jugend auf Schwachsinnige und auch Paralytiker, oder Kranke mit abgelaufenen einfachen Seelenstörungen vollführen grausame Selbstverstümmelungen, Brandstiftungen, Diebstähle ohne klare Beweggründe oder deutlich bewusste Vorstellungen. Auch nach der That ist Klarheit darüber selten, oder sie wirkt geradezu überraschend und verblüffend auf den Handelnden selbst. Gedanke und That waren Eins, ohne Ueberlegung. Hierher gehören manche Fälle, die auch als **impulsives Irresein** bezeichnet worden sind. Beweisend für die triebartige Entstehung dieser Zustände ist die merkwürdige Thatsache, dass sie *anfallsweise* mit vieljährigen Zwischenräumen vorkommen; es wiederholt sich dann eine Selbstbeschädigung, rohe Verstümmelung von Thieren oder eine Brandstiftung ganz unter den gleichen Erscheinungen wie das erste Mal; besonders bei epileptischen und rauschartigen Aufregungszuständen ist dies beobachtet worden.

Selbstmord kann bei Geisteskranken triebartig erscheinen; man muss diese Art des Selbstmordes natürlich unterscheiden von einigen andern, die bei Geisteskranken vorkommen. Wenn z. B. ein auf-

geregter Kranker, von Sinnestäuschungen erschreckt, sich durch ein Fenster oder in einen Fluss stürzt, so ist dies sogar nur ein Unglücksfall, kein eigentlicher Selbstmord, denn der Kranke will eine Gefahr vermeiden, nicht sich vernichten. Ferner wenn ein Kranker in der Absicht Gott zu gefallen sein Leben in irgend einer qualvollen Weise beendet, so kann man auch nicht eigentlich von einem triebartigen Selbstmord reden, da gerade das Werthvollste, das Leben, als Opfer gebracht wird. Hierher gehört auch nicht der Selbstmord, der wie beim geistig Gesunden, eine wohlüberlegte Folge ängstlicher und selbstquälerischer Vorstellungen ist. Es gibt aber Fälle, in denen die Kranken einen unwiderstehlichen Trieb haben sich zu tödten, gegen den sie mit klarem Bewusstsein ankämpfen, für den sie keine Beweggründe haben; es gibt Familien, in denen alle Mitglieder der Reihe nach, in der Regel sogar in gleichem Alter diesem Unglück unterliegen. Der einzige nachweisbare Grund ist dann wie bei vielen triebartigen Handlungen eine schwere erbliche Belastung.

In ähnlicher Weise ist die Ausführung eines triebartigen *Mordes* durch Geisteskranke zu unterscheiden von überlegten Handlungen, die sich an Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen anschliessen; einer rächt sich an seinen vermeintlichen Verfolgern, ein anderer gehorcht einer befehlenden „Stimme.“ Ein blinder augenblicklicher Trieb aber ergreift einen Epileptischen, der sein Opfer grausam niedermetzeln kann, ohne die That nachher zu erinnern; auch kommt es vor, dass ein Kranker vergebens ankämpft gegen einen unheimlichen Trieb und sich erst durch die vollführte Gräuelthat von ihm befreit fühlt.

Brandstiftungen werden von Schwachsinnigen aus ihnen selbst dunklen Motiven, namentlich zur Zeit der Pubertät vollführt; ein Widerstand tritt wohl auf, aber er ist schwach und der Trieb unwiderstehlich.

Neigung zum *Stehlen* steht in manchen Schwachsinnsformen auf einer Stufe mit dem schon früher erörterten Sammeltriebe. Es muss aber davor gewarnt werden, sich mit der Feststellung irgend eines solchen Triebes zu begnügen, sondern man muss seine Krankhaftigkeit feststellen durch den Nachweis einer geistigen Störung überhaupt, die sich auch in andern Eigenschaften der ganzen Persönlichkeit kundgibt. Der einzelne Trieb ist nur das hervorragendste Zeichen und drängt die andern darum leicht in den Hintergrund.

Bestimmtere Formen der Krankheit in abgeschlossenen organischen Grenzen zeigt das Triebleben in den Störungen einzelner Triebe. Zuerst kommt der **Nahrungstrieb** in Betracht. Das Hungergefühl wird

durch Ausbreitungen des Vagus vermittelt. Eine gesteigerte Begehrlichkeit nach Nahrung und Getränk tritt ohne vorausgegangenes Hunger- oder Durstgefühl schon beim Anblick von Speisen und Getränken auf, oder es stellt sich gleich nach einer Mahlzeit ein unbezwingliches mit lebhaften Unlustgefühlen verbundenes Hungergefühl ein, das gebieterisch Befriedigung verlangt, oft aber schon durch kleine Mengen von zugeführter Speise gestillt wird; oder es werden auch grosse Mengen, noch dazu ungeniessbarer Dinge, förmlich gefrässig verschlungen, und bedürfen diese Kranken sorgfältigster Aufsicht, da sie ihrer Umgebung, ihren Mitkranken in unverschämtester Weise alles Essbare fortnehmen. Häufig ist, wie angedeutet, die Beschaffenheit der verschlungenen Dinge für den Gesunden widerlich, oder es werden nur unglaubliche Mengen, aber doch essbarer Dinge verzehrt; im letzteren Falle wird ein mangelndes Sättigungsgefühl angenommen. Ausserdem gibt es noch einige andere Formen des gesteigerten Nahrungstriebes, die ihre Begründung in gleichzeitigen Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen finden. Eine tiefe Störung des Bewusstseins setzt es aber voraus, wenn es zu der widerlichen Erscheinung des Kothessens kommt. Es gibt viele Kranke, die ihre eigenen Excremente abfangen oder denen Anderer nachstellen, um sie zu verzehren; es ist jedenfalls sehr verkehrt sie einzuschliessen und allein zu lassen, und bedeutet Isolirung hier soviel wie Vernachlässigung.

Eine Herabsetzung des Nahrungsbedürfnisses als Theilerscheinung einer vollen geistigen Störung ist selten anders aufzufassen als durch Vergiftungswahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen hervorgerufen, sie führt dann oft zur Nahrungsverweigerung. Bei starken Affectzuständen findet sich aber auch selbstständig Appetitmangel, und zwar mit und auch ohne einen gleichzeitigen Magenkatarrh. Eine länger anhaltende Nahrungsverweigerung pflegt durch einen sich anschliessenden Magenkatarrh neue Unterstützung zu finden, oder es kommt allein in Folge der allgemeinen Schwäche und als Theilerscheinung der gesammten Störung nervöser Functionen auch zu ungenügender Magenthätigkeit und Verdauung, die sich klinisch als verminderter Nahrungstrieb offenbaren.

Lüsternheit auf bestimmte Genussmittel zeigt sich wie schon in vielen auffallenden Gelüsten Schwangerer und in der Vorliebe Hysterischer für widerlich schmeckende und riechende Stoffe, auch in voller geistiger Störung als Verlangen nach starken Gewürzen und starkem Kaffee oder Thee. Hieran schliesst sich die praktisch wichtige Begierde nach alcoholischen Getränken; schon der Verstimmte, mehr noch der Melancholische geringeren Grades greift zum Glase,

um seine Stimmung zu verbessern und sich zu erheitern; der Aufgeregte sucht sich über das Gefühl innerer Aufregung hinwegzutäuschen, indem er seine Unsicherheit vorübergehend durch die alkoholische Erregung verdeckt. Es lässt sich aber nicht leugnen, dass neben diesen mit Begierde nach Alcoholgenuss verbundenen Zuständen auch solche einherlaufen, in denen der krankhafte Trieb als wahre **Trinksucht** auftritt. Zu diesem Zustande gehört besonders noch das anfallsweise Auftreten mit freien oder doch verhältnissmässig freien Zwischenräumen. Hierher sind die sogenannten Quartalssäufer zu rechnen. Das periodische Auftreten der krankhaften Neigung unterscheidet den Trinksüchtigen von dem gewohnheitsmässigen Säufer, dieser widersteht der Verlockung zum Alcoholmissbrauch niemals, jener wird ohne irgend ersichtliche äussere Veranlassung, allein und nur durch den gebieterisch auftretenden Trieb dazu veranlasst. Der Drang zum Trinken entspringt einem lebhaften Unlustgefühl, und wird eine erheiternde Wirkung des Alcohols weder erstrebt noch erreicht wie beim Gesunden. Der Trinksüchtige ist nicht wählerisch in den Mitteln zur Beseitigung des genannten Unlustgefühls; leichte Getränke genügen ihm selten, meistens wird schwerer Grog, Wein je nach den Mitteln, oder Branntwein gewählt, einerlei wie schlecht er sei. Unter Umständen greift der Gepeinigte sogar zum Essigkrug oder zur Petroleumflasche; derselbe Grund ist es auch, wenn in einzelnen Fällen oder einzelne Male nur Wasser in gewaltigen Mengen getrunken wird, wenn der sonst gewünschte Alcohol nicht zu erreichen war. Gesteigertes Durstgefühl ist es aber nicht allein, was dazu drängt, sondern ein peinliches Unlustgefühl, welches auch durch mechanische Wirkungen grosser Wassermengen etwas beschwichtigt zu werden scheint. Bei Alcoholgenuss geht es so einige Tage, zuweilen selbst Wochen; die chronischen Vergiftungserscheinungen lassen ein Schwanken der triebartigen Anfälle eintreten mit Auf- und Niedergang aller Erscheinungen. Unangenehme Gemeingefühle und Beklemmungen sucht der Kranke durch Berauschung zu beseitigen. Tage und Nächte treibt er sich in Kneipen herum, unbekümmert um Beruf und Familie; er verkauft die Kleider vom Leibe, um seine Gier zu befriedigen. Endlich aber findet der vorliegende Zustand in der Regel in jähem Abfall seine Lösung. Der Kranke wird ruhig, erschöpft, hat kein Bedürfniss mehr nach Getränken, beginnt wieder zu schlafen und gewinnt erst allmälich unter Zeichen länger dauernder geistiger Erschlaffung und allgemeinen Unbehagens als körperlicher Folgen der Ausschreitung, ein gleichmässigeres und behaglicheres Wohlbefinden wieder. In dieser Zeit zwischen den Anfällen findet sich zu-

weilen ein ausgesprochener Ekel gegen Alcohol, jedenfalls fehlt ein triebartiges Bedürfniss zu seinem Genuss jetzt in der Regel und sind die meisten Trinksüchtigen sonst durchaus nüchterne Menschen; freilich gibt es unter ihnen auch Gewohnheitstrinker; daher haben manche dieser Kranken ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl, sind aber trotzdem nicht im Stande sich gegen neue Anfälle zu wehren. Der beginnende Verfall, ein wenn auch oft sehr langsamer Fortschritt zu geistiger Schwäche ist auch auf geistigem Gebiete sonst unverkennbar; zu den ersten Merkmalen gehört das Schwinden allgemeiner höherer Interessen, während handwerksmässige Geschicklichkeit sich auf einigen Gebieten noch lange erhalten kann.

Störungen des **Geschlechtsstriebes**, denen wir uns jetzt zuwenden müssen, sind um so wichtigere Zeichen geistiger Erkrankungen als die Art und Weise geschlechtlichen Fühlens zum grossen Theil auch die höheren geistigen Gefühle und Strebungen des Einzelnen beeinflussen. Auch sind viele Verirrungen des Geschlechtslebens nicht so sehr Ursachen als Zeichen geistiger Störung. Der Geschlechtstrieb ist aber schon bei verschiedenen Gesunden in seiner Stärke wesentlich unterschieden; was dem Einen eben genügt, ist vielleicht dem Andern viel zu viel; es hält daher schwer, die Grenze auch nur annähernd zu bestimmen, jenseits der die geschlechtliche Begehrlichkeit als krankhaft gesteigert zu bezeichnen ist. Jedenfalls ist es aber schon krankhaft, wenn Eindrücke und Gefühle, die für den Gesunden geschlechtlich gleichgültig sind, lebendige Phantasievorstellungen und heftige Begierden erwecken, wie beim einfachen Anblick von Personen anderen Geschlechtes, Berührung mit solchen an irgend einem beliebigen Theile des Körpers; wenn der Anblick eines Gemäldes oder einer nackten Statue schlüpfrige Wünsche und Gefühle erzeugt, so sind das schon bedenkliche Uebergangserscheinungen. Die Uebertreibungen und Rohheiten eines an und für sich gesunden Geschlechtstriebes zu schildern ist hier nicht der Ort; aber bei vielen Geisteskranken, namentlich weiblichen, erhält die zu Grunde liegende Psychose oft eine besondere Färbung durch das Hinzutreten eines krankhaft gesteigerten Geschlechtstriebes. Nicht nur ein verliebter Gesichtsausdruck, ein zärtliches Händedrücken und Andrängen an den Arzt sind Ausdrücke dafür; ewige Heirathsgespräche verrathen den Hintergrund der geistigen Interessen, es wird beständig von Schwangerschaft gesprochen und eine innerliche Untersuchung verlangt; besinnliche und sonst ordentliche Kranke fallen durch übertriebene Reinlichkeit auf, kämmen und lösen sich die Haare fortwährend auf, waschen den Körper auffallend häufig. Die Schranken der Sitte werden durchbrochen durch

Befriedigung der Bedürfnisse in Gegenwart des Arztes, absichtliches Umhertragen mit Nachtgeschirr sobald er erscheint; schliesslich entkleiden sich derartige Kranke plötzlich beim Anblick von Männern und bieten den Coitus schamlos an, oder sie liegen im Bett und wiederholen alle Acte der Begattung mit entsprechenden Körper- und Gesichtsbewegungen. Noch widerlicher wird die Neigung dieser Personen mit Urin und Koth umherzuschmieren, und erinnert diese Verbindung von Störung des Geschlechtstriebes und der Geruchsempfindung an die klinisch und vielleicht anatomisch auch sonst einander naheliegenden Functionen; gerade sexuell erregte Kranke haben oft auch deutliche Geruchstäuschungen. Zuweilen rufen schon besondere Gerüche sexuelle Phantasien hervor. Wenn die eben erörterten Zeichen nun auch im Ganzen harmloser Natur für die Umgebung, wenigstens in Anstalten bleiben, so verbinden sich damit zuweilen gefährlichere Erscheinungen; Gereiztheit und Rücksichtslosigkeit gegen die weibliche Bedienung, ihre Beschimpfung als Hure und gemeine Person, Verdächtigungen aller Art mit Erfindung phantastischer Romane und vollständig erlogener Beobachtungen kennzeichnen die zu Grunde liegende geschlechtliche Erregung. Die höchste Steigerung führt zu gewaltsamen Angriffen auf Männer, wobei Schimpfreden mit gemeinem Inhalt den eigentlichen Gefühlsgrund verbergen sollen. Andere Male aber kommt es zu ähnlichen Angriffen in Folge lästiger Gefühle, so dass Abwehr dazu bestimmt; diese Zustände sind daher ursächlich scharf zu unterscheiden. Die für diese äussersten Fälle gewählte Bezeichnung Nymphomanie ist verkehrt; der Name würde vielleicht noch eher passen für geschlechtlich erregte Männer, besonders aber ist hervorzuheben, dass es sich nicht um eine selbstständige Erkrankung des Geschlechtssinnes handelt, sondern dass nur seine hervorragende Betheiligung verleitet hat, den ganzen Zustand nach einem seiner wichtigsten Zeichen zu benennen.

Wichtig ist die häufige Verbindung religiöser Schwärmerei mit geschlechtlichen Reizzuständen. Inbrünstiges Beten bei sexuell erregten Personen, ununterbrochene religiöse Uebungen, wiederholtes Lesen von Heiligengeschichten, in denen es von Versuchungen des Fleisches wimmelt, die gelegentlichen Erfahrungen der scheusslichsten Orgien bei gewissen Methodistenfesten zeigen sowohl den ursächlichen Zusammenhang wie die klinische Verwandtschaft zwischen religiöser Inbrunst und geschlechtlichem Drang. Auch die Verarbeitung des geschlechtlich gefärbten Bewusstseinsinhaltes zu festen Wahnvorstellungen behält in diesen Fällen die auffallende Verbindung religiöser und sexueller Elemente; die Kranke nennt sich

die Braut Christi, ist die Jungfrau Maria. Beweisend für diesen Zusammenhang ist nicht nur das häufigere Auftreten bei Weibern, sondern die oft zu beobachtende Steigerung gerade dieser Vorstellungen beim Eintritt der Menstruation. Auch bei Männern aber findet sich eine regelmässige Verbindung von religiösen Wahnvorstellungen mit sexuellen Reizzuständen, die besonders auf epileptischer Grundlage oft zu heftigen mit Gewaltthaten verbundenen Erregungszuständen führen können.

Gegenüber der Steigerung sexueller Begehrlichkeit ist ihre Herabsetzung bei geistigen Störungen zu betrachten. Sie kann gänzlich fehlen bei Blödsinnigen, ist bei Melancholischen zuweilen herabgesetzt, und ist die Herabsetzung des Geschlechtstriebes in Erschöpfungszuständen natürlich leicht verständlich, ebenso wie seine Abhängigkeit von der Entwicklung der Geschlechtsorgane. Zuweilen ist sie auch ein Zeichen fortschreitender Erkrankung des Rückenmarks.

Aber nicht nur die Stärke des Geschlechtstriebes unterliegt vielfachen Veränderungen, Störungen und Schwankungen bei Geisteskranken, sondern auch die Art des Empfindens kann eine ganz veränderte und verdrehte sein. Schon bei Gesunden kommen vorübergehend eigenthümliche Gelüste in Verbindung mit Vorgängen im Geschlechtsleben vor, die eine völlige Verdrehung der Gefühle anzeigen; Schwangere zeigen Sucht, in menschliche Leiber zu beissen, erregte Männer versuchen dies bei kleinen Mädchen zu thun. Verwandt damit ist die schon auf krankhaftem Boden stehende Erscheinung der Lustmorde, wobei sich an die normale Begattung die Zerfleischung eines Körpers schliesst. Krankhaft ist auch der Trieb zur widernatürlichen Geschlechtsbefriedigung, der periodisch bei rohen und namentlich bei überreifen Völkern sogar allgemeinere Verbreitung fand; wenn heutzutage Paederastie getrieben wird von sonst geistig gesunden Personen, so lässt sich doch fast immer nachweisen, dass sie entweder vom normalen Geschlechtsgenuss übersättigt waren, oder es sind Menschen, die stark belastet sind durch erbliche Anlagen zu Erkrankungen des Nervensystems. Diese letztere Gruppe ist entschieden die grössere; es sind ausschliesslich Männer, bei denen es sich um Paederastie handelt; gewöhnlich sind geschlossene Lehranstalten, aber zuweilen schon die Schulen Brutstätten dieses Lasters, und wird es von Knaben mit Masturbation wechselnd ausgeführt. Merkwürdig ist die Thatsache, dass es periodisch auftretende Neigung zur Paederastie gibt, und fällt etwas Aehnliches auch hier und da auf epileptischer Grundlage auf, wo es sich dann um eine Art von Ersatz eines epileptischen Anfalls handelt. Endlich gibt es noch bei Paraly-

tikern das Zeichen der Päderastie als frühzeitig auftretende Theilerscheinung des Grundleidens.

Im weiteren Sinne, wobei auch Abweichungen beim weiblichen Geschlechte betrachtet werden, spricht man von conträren Sexualempfindungen. Es sind damit nicht Vorfälle der Art bezeichnet, dass z. B. Diebstahl von Frauenwäsche, das Hervorholen männlicher oder die Entblössung weiblicher Geschlechtstheile dem meist schwachsinnigen Kranken schon eine Art geschlechtlicher Befriedigung verschafft, sondern es ist eine völlige Umkehrung der geschlechtlichen Neigung gemeint; schon mit dem ersten Erwachen des Geschlechtstriebes tritt deutlich die Neigung zu Personen desselben Geschlechts hervor, während das andere Geschlecht dem Kranken in dieser Hinsicht mindestens gleichgültig bleibt, oder sogar Abscheu und Ekel einflösst. Von Anfang an treten die Gefühle sehr kräftig und heftig auf, oft für den Befallenen selbst wie ein Räthsel; gewöhnlicher Geschlechtsverkehr wird oft garnicht versucht, oder er missglückt und es kommen schnell schwärmerische und leidenschaftliche Freundschaftsbündnisse mit solchen Personen des gleichen Geschlechts zu Stande, die entweder ähnliche Neigungen verrathen oder doch die Aeusserungen der verkehrten Liebe an sich dulden. Dabei fühlt sich dann der mit dieser krankhaften Empfindungsweise behaftete Mann der Person des eigenen Geschlechts gegenüber als Weib, das weibliebende Weib fühlt sich dem andern gegenüber in der Rolle des Mannes; oder umgekehrt der Mann sieht in dem andern Mann den weiblichen Theil der Gemeinschaft. Starke sinnliche Gefühle, mächtige Eifersucht sind häufig vorhanden. Oft besteht auch eine Neigung in Gang, Haltung und Kleidung der gefühlten Rolle zu entsprechen; männliche Kranke z. B., die die Rolle des Weibes fühlen, putzen sich, wiegen sich in der Hüfte und nehmen weibliche Sitten und Kleidung an, namentlich Verkleidungen sind häufig, wobei der Körperbau sie oft unterstützt. Ein solches Geschöpf vereinigt in sich oft alle Mängel des Weibes, ist launisch, neidisch, feige und aufwallend, und es besitzt keinen der anziehenden Züge des männlichen Charakters. Indessen finden sich auch Personen, die klar fühlen, dass jener Trieb mit ihrer Vernunft im Widerspruch stehe; trotz heftiger Kämpfe bleiben sie Sclaven ihrer Leidenschaft und enden darum zuweilen durch Selbstmord. Auf die Art der Ausführung der geschlechtlichen Befriedigung einzugehen, unterlasse ich; sie ist so mannichfach, wie es die verschiedenen Arten widernatürlicher Geschlechtsbefriedigung sind. Erwähnt sei nur, dass Masturbation in ausgedehnter Weise, activ und passiv ausgeführt, Ersatz für natürliche Vorgänge bieten muss.

Von grosser forensischer Bedeutung sind einige Beobachtungen, nach denen, nicht wie oben angedeutet, sich erst an die natürliche Befriedigung ein Lustmord, sogar mit Zerfleischung und Verschlingung der Leichentheile anschliesst, sondern wo die ausgeübte Verletzung selbst den vollen Ersatz für den gar nicht stattgehabten Geschlechtsgenuss abgibt. Verwundungen der Haut oder der Geschlechtstheile durch Messerschnitte z. B. riefen bei einigen Personen Geschlechtslust hervor.

Wenn irgend Etwas geeignet ist, das Krankhafte dieser Triebe zu beweisen, so ist es ihr zuweilen nur periodisches Auftreten; denn es handelt sich dabei um Anfälle, deren Herannahen die Patienten gewöhnlich fühlen und trotz dagegen getroffener Vorsichtsmassregeln nicht unterdrücken können, so dass sie meistens sogar Alles vorbereiten, um den Anfall leicht zu überstehen. In der Zwischenzeit sind es gute Ehemänner und Väter, die Kranken befriedigen ihren Trieb einige Male im Laufe des Jahres, während der übrigen Zeit pflegen sie den ehelichen Verkehr mit ihren Frauen. Mehrfach wird mitgetheilt, dass die Geschlechtslust im Anfall darin bestand, dass der Kranke sich geisseln liess, am Liebsten von Prostituirten, ohne mit diesen den Beischlaf auszuführen; verabredete Reihenfolgen von Gewaltthätigkeiten in geschlechtlicher Hinsicht mussten dann mehrere Tage lang geschehen, oder widernatürliche Geschlechtsacte vor den Augen des erregten Kranken in Scene gesetzt werden. In diese periodische Gruppe fallen auch die meisten Lustmorde mit nachfolgender Leichenschändung. Die Intelligenz kann eine hohe sein; je triebartiger und gemeiner aber die Erkrankung auftritt, um so leichter ist neben der sittlichen auch eine allgemeine geistige Schwäche nachzuweisen.

Abweichungen und Ausartungen des Geschlechtssinns sind auch nicht selten bei Eintritt von Altersblödsinn beobachtet worden. Hier erreichen die Kranken ihre Befriedigung schon durch einfache Entblössung der Scham vor Mädchenschulen, auf offener Strasse, oder sie finden in öffentlichen Häusern Personen, die für jede Form des Lasters käuflich sind. Fast alle verschiedenen Formen gesteigerter Triebe können, ohne gerade immer die höchsten Grade zu erreichen, in den Erregungszeiten der circulären und im Anfang der paralytischen Seelenstörung auftreten. Die Vielgeschäftigkeit in Verbindung mit der Fähigkeit das Verkehrte der Handlungen bis zu einem gewissen Grade zu beurtheilen und, als Folge des erleichterten Ablaufes der Vorstellungen, die scheinbare Gewandtheit der Kranken, viele ihrer oft unsinnigen Handlungen zu erklären und als begründet

darzustellen, erschwert die Beurtheilung oft in hohem Grade; um so mehr wenn Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen fehlen. Man hat sich daher auch veranlasst gesehen, diesen Zustand als eigene Art der Erkrankung zu bezeichnen unter dem Namen der Folie raisonnante; es ist aber zu bedenken, dass diese Erregungszustände entweder nur Theilerscheinungen periodisch wechselnder Erkrankungen oder Vorläufer beginnender und fortschreitender geistiger Schwächezustände sind. Seltener beschränkt sich dieser ohne Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen auftretende Affectzustand auf melancholische Vorstellungen, und ist dann das Hervortreten triebartiger Handlungen besonders desshalb so selten, weil eine Herabsetzung der Willenskraft daneben besteht.

Ein allgemeines Unlustgefühl führt zu Willensschwäche und sogar zu völliger **Willenlosigkeit**. Besonders aber finden wir den Antrieb zu eigener Thätigkeit herabgesetzt in den schweren Formen des angeborenen und erworbenen Blödsinns. Der Nahrungstrieb löst meist nur vorübergehend einfache Bewegungen aus, ja auch diese fehlen zuweilen ganz und wird es nöthig, ein solches Geschöpf zu füttern, das Schlucken beginnt erst reflectorisch bei der Einführung von Speisen in die Mundhöhle. Aber auch bei verhältnissmässig erhaltener Intelligenz ohne Wahnvorstellungen zeigt sich Willenlosigkeit in einigen Formen geistiger Störung, besonders in Erschöpfungszuständen; ein peinliches Gefühl der Herabsetzung jeglichen eigenen Antriebes ist die Folge. Um so leichter sind solche Kranke zu bestimmen und ist man nicht selten geneigt, von Charakterlosigkeit zu sprechen, obwohl ein krankhafter Zustand des Gehirns bei sorgfältiger Betrachtung unverkennbar ist; denn der Vergleich mit dem früheren Verhalten und das Fortschreiten zum Schwachsinn zeigen neben anderen Zeichen geistiger Störung, die regelmässig aufzufinden sind, dass ein krankhafter Vorgang zu Grunde liegt. Von diesem Standpunkte aus wird man jedenfalls geneigter auch die zahlreichen Erscheinungen bei Personen, die Opfer leidenschaftlicher Triebe werden, milder zu beurtheilen als der pharisäische Stolz der Menschen es gewöhnlich thut.

Wie schon mehrfach angedeutet, verlangen eine etwas andere Beurtheilung die Willensstörungen, die aus Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und krankhaften Gefühlen entspringen, insofern das Ursprüngliche der Triebe nicht so deutlich ist, da die Empfindungen und Wahrnehmungen erst der Verarbeitung zu besonderen Vorstellungen bedürfen, ehe ihre Umsetzung theilweise mit, theilweise ohne Vermittelung des Willens zu triebartigen

Handlungen vor sich geht. Trotz der Einfügung dieses Zwischengliedes ist aber gerade das Triebartige auch hier wieder das Zeichen dafür, dass erst die Ablösung von der sinnlichen Grundlage die Entwicklung des freien Willens ermöglicht, und gilt es als Zeichen der Krankheit, dass die Handlungen gebunden sind an jene sinnlichen Vorgänge. Der Gesunde ist befähigt, ungebundener zu handeln, und handelt um so freier, je leichter er seine Vorstellungen von der sinnlichen Grundlage lösen kann.

2. Ausdrucksbewegungen.

Immer nun dienen uns die Triebbewegungen und willkürliche Bewegungen als Ausdruck gewisser Bewusstseinszustände. Beide Arten der Bewegung sind für die Beobachtung nicht getrennt, und Handlungen, die man gewöhnlich als willkürliche bezeichnet, sind in der Regel schon aus ihnen zusammengesetzt; dabei findet auch der umgekehrte Zusammenhang statt, dass willkürliche Handlungen durch allmäliche Befestigung im Gedächtniss zu Triebbewegungen verwandelt werden, wie die Vorgänge bei der Einübung und Erlernung aller verwickelteren Bewegungen des Körpers beweisen. Beim Gehen, Schwimmen, Sprechen, Schreiben, in den Uebungen am Clavier und bei sonstigen technischen Fertigkeiten hat der Wille zuerst jede einzelne Bewegung für sich ausführen müssen; später fasst er die verwickeltsten Bewegungen zusammen und werden sie dann immer triebartiger, bis sogar alle begleitenden Gefühle fehlen und ein fast mechanischer Vorgang an die Stelle getreten ist. Daraus erklärt sich, dass bei Störungen des Bewusstseins eine Reihe von Handlungen Geisteskranker noch den Anschein willkürlich gewollter erwecken kann; die Verbindung des Triebes mit den willkürlich beherrschten Bewegungen durch die Function des Gedächtnisses der Hirnsubstanz ist eine so innige, dass die Grenze sich leicht verwischt, an der man den Uebergang vom einen zu den andern finden sollte Dazu kommt die Stärke der begleitenden **Gefühle**, die meistens die Stärke der unwillkürlichen und willkürlichen Antriebe im Bewusstsein mit bestimmt. In diesem Wettstreit der Triebe und des zielbewussten Willens bleibt der letztere beim Kranken vielfach zurück; dies zeigt sich dann besonders deutlich für den Beobachter in den allgemeinen Formen der Ausdrucksbewegungen. Sie sind eins der hervorragendsten Mittel zur Beurtheilung von Gemüthsbewegungen und mit ihnen verbundener geistiger Störungen; namentlich die ersten spiegeln sich fortwährend in äusseren Bewegungen. Der Erwachsene und Gesunde beherrscht

sie bis zu einem gewissen Grade, aber Kinder und Geisteskranke, namentlich Schwachsinnige und Blödsinnige zeigen durch die verschiedenen Formen der Ausdrucksbewegungen den Zustand des Innern und den Ablauf ihrer Vorstellungen auf das Deutlichste. Ihre Ausdrucksformen sind nicht willkürlich, sondern folgen unmittelbar den zu Grunde liegenden Affecten und Trieben; die Umgangsformen der Gesellschaft verhüllen die Stimmung und Gedanken wenig oder garnicht. Der Druck der Wangenmuskeln, Antlitz- und Augenmuskeln, Mund- und Nasenmuskeln, alle zusammen führen zu verschiedenem physiognomischen Ausdruck des Gesichts. In der äusseren Haltung und dem Benehmen des Kranken pflegt sich die Art der geistigen Störung auszuprägen. Endlich in der Art der Tonbildung, dem Klang der Stimme finden sich dem Geisteszustande entsprechende Formen der Bewegung. Alle diese Ausdrucksbewegungen zusammen können daher in vielen Fällen die ganze äussere Erscheinung des Kranken in einer Weise beeinflussen, dass sie dem erfahrenen Beobachter schon bei flüchtiger Begegnung ein annäherndes Urtheil über die besondere Art der Erkrankung gestatten. Eine Zergliederung der Zeichen in der angedeuteten Weise ist dabei unnöthig, vielfach auch nicht möglich. Stellung und Haltung, Mienenspiel und Sprechweise wirken zusammen. (Vgl. im besondern Theil die Erklärung der Tafeln bei den einzelnen Formen geistiger Störung.)

Der Aufgeregte hat z. B. eine stolze, kühne oder herausfordernde Haltung, seine Augen glänzen, er spricht laut und schnell oder er schwatzt, lacht und singt. Seine Bewegungen sind kurz, rasch und ungeordnet; er hat keine Ruhe, kommt und geht mit Lebhaftigkeit, tanzt oder springt. In entsprechender Weise ist auch der Zustand seiner Kleidung beeinflusst; sie ist unordentlich, beschmutzt, zerrissen. Er schmückt sich mit Blumen, Federn, Papierfetzen oder glänzenden Metallstücken; das Aeussere wird vernachlässigt, die Hände sind schmutzig, die Haare unordentlich, Mund und Nase besudelt mit Schleim, Tabak oder Speiseresten.

Der Traurige, Melancholische sitzt mit bekümmerten oder verzerrten Zügen da, vor sich hinstarrend, in dumpfem Schweigen oder zusammengesunken in einem Winkel, den Kopf gesenkt; oder er lässt sich kaum eine Silbe entreissen und verharrt auch bei allen Fragen in hartnäckigem Schweigen. Der ängstlich Erregte geht unruhig umher, die Hände ringend, laut jammernd und weinend. Die Verzerrung der Gesichtsmuskeln ist eine grosse und kommt es zuweilen vor, dass der weinerliche Ausdruck sich einem lachenden nähert. Lachen und Weinen bieten ja auch schon beim Gesunden in ihren

äussersten Graden eine merkwürdige Aehnlichkeit. Es kann bei Kindern und Frauen, bei Hysterischen insbesondere, der eine Affect daher in den anderen unvermittelt übergehen; der eingeschobene Zustand ist freilich meistens von kurzer Dauer und macht in der Regel dem ursprünglichen bald wieder Platz. In ähnlicher Weise entwickelt sich aus dem ursprünglichen Ausdruck des Geisteskranken nicht selten vorübergehend die entgegengesetzte Stimmung in Verbindung mit dem dazu gehörigen Ausdruck; so schlägt das heftige Lachen eines heiter erregten Kranken, das unter starken Erschütterungen des Zwerchfells auftrat, plötzlich um in krampfhaftes Weinen, und gleichzeitig zeigen Blick und Gesichtsausdruck einen ängstlichen Zustand der Spannung und Anstrengung.

Wo die Affectzustände in den Hintergrund getreten sind, nehmen die Ausdrucksbewegungen vielfach ein noch deutlicheres Gepräge an. Bekannt ist die grämlich gefaltete Miene des Hypochonders, das schwimmende Auge der Hysterischen; daneben ist zu beachten die Würde und das Gespreizte des an Grössenwahn leidenden Verrückten, sein stolzer Blick und hochmüthiger Ton. So leicht es nun ist, aus solchen Zeichen ein vorläufiges Urtheil zu gewinnen, so erfordert doch oft der Ausdruck und die Haltung der Kranken auch andere sorgfältige Erwägungen, um Irrthümer der Beurtheilung zu vermeiden; z. B. eine tiefe Melancholie kann zu ähnlichem starren und gleichgültigen Gesichtsausdruck führen wie ein vorgeschrittener Blödsinn.

Viele Fälle bieten aber für die oberflächliche Beobachtung gar keine Erscheinung, so dass Laien, die eine Anstalt besuchen, häufig ihre Verwunderung darüber aussprechen, dass sie keinen krankhaften Ausdruck bei der Mehrzahl der Kranken aufzufinden vermochten. Endlich ist es sicher, dass die grosse Zahl der Anstaltsbewohner in mancher Beziehung nach Ablauf der Affectzustände in Haltung, Ausdruck und äusserer Erscheinung eine gewisse Aehnlichkeit unter einander darbietet. Am Deutlichsten zeigt sich dies natürlich bei den Blödsinnigen, die sich um ihre Umgebung nicht mehr kümmern, gleichgültig geworden sind gegen Kälte und Hitze, Regen und Wind, so dass man für sie sorgen muss, da sie selbst regungslos sich allen verschiedenen Einflüssen aussetzen. Ihr Gesichtsausdruck ist ein stumpfer, und liegt das Aehnliche daher vor Allem in dem Fehlen des Ausdrucks.

Einen besonderen Ausdruck zeigen indessen Kranke mit **Sinnestäuschungen**. So lauscht der Gehörshallucinant oft in vorgebeugter Haltung, er horcht sorgfältig oder verstopft seine Ohren, oft schimpft er halblaut oder heftig und sucht sich gegen vermeintliche Zurufe zu

vertheidigen; ein Kranker mit Gesichtstäuschungen sieht starr ins Leere, verzückt oder ängstlich, Geruchshallucinanten verstopfen sich die Nasenlöcher, schnauben und spucken viel, um so mehr, als sich oft Geschmackstäuschungen bei ihnen gleichzeitig finden. Endlich kommt es zu den mannichfachsten Geberden und Ausdrucksbewegungen bei Gefühlshallucinanten, denen als gemeinsames Kennzeichen vielleicht am Richtigsten noch das Bemühen der Abwehr eines feindlichen Einflusses zugeschrieben werden kann.

Ebenfalls von der grössten Mannichfaltigkeit sind Handlungen Geisteskranker, die in Folge von Wahnvorstellungen vollführt werden; namentlich selbstquälerische und gewaltthäthige Handlangen kommen hier vor. Doch entzieht sich ihre Schilderung einer allgemeinen Betrachtung, und können sie nur im einzelnen Falle nach ihren psychologischen und sonstigen Motiven aufgeklärt werden.

Endlich haben wir uns hier noch wieder mit den Störungen der **Sprache** zu beschäftigen, die ja das wichtigste Mittel des Menschen ist, innere Stimmungen und Vorgänge auszudrücken. Zunächst umfassen wir als Geberdensprache, Lautsprache und Schriftsprache verschiedene Sprachgruppen, von denen die erstere uns schon in den oben gemachten Bemerkungen und Auseinandersetzungen über Ausdrucksbewegungen begegnet ist. Wir wenden uns daher zu der Sprache im eigentlichen, gebräuchlichen Sinne des Wortes. Der Sprachlaut ist wie die Geberde aus dem Trieb entsprungen, Gefühle und Affecte mit Bewegungen zu begleiten, die zu den gefühlserregenden Eindrücken in unmittelbarer Beziehung stehen. Zwar sind alle Sinne den äusseren Eindrücken geöffnet, aber besonders der Gehörssinn vermittelt den Ausdruck der Vorstellungen, Empfindungen und Gefühle durch Erzeugung von Klanggeberden. Indessen sind sie nur triebartige Ausdrucksbewegungen, die eigentliche Sprache entsteht erst da, wo die Absicht der Mittheilung von Vorstellungen und Gefühlen an Andere vorhanden ist; also erst die willkürliche Verwendung und Ausbreitung der Bewegungen verwandelt die ursprüngliche Triebbewegung zu einer willkürlichen Handlung. Diese ganze Entwicklung der Sprache geschieht aus kurzsilbigen Sprachwurzeln; eine abgekürzte Wiederholung des Vorganges ist in der Kindersprache angedeutet, doch fällt dabei sehr ins Gewicht, dass sie nach Form und Inhalt ebenso sehr von der erwachsenen Umgebung als vom Kinde selbst erzeugt wird. In gewissen Formen geistiger Störungen, beim Herabsinken geistiger Fähigkeiten auf eine kindliche Stufe, finden wir auch die Neigung, neue Worte aus einfachen Wurzeln zu bilden; es ist aber nicht möglich, diesen Vorgang in seine ursprünglichen Be-

standtheile aus Trieb- und willkürlichen Ausdrucksbewegungen zu zerlegen, weil dem erwachsenen Kranken immer schon der ganze Sprachschatz seiner eigenen Erziehung zur Verfügung steht, so dass er aus diesem den grössten Theil des nur neu zu verarbeitenden Stoffes nimmt. Trotzdem aber muss man einen grossen Theil der von Kranken neugebildeten Worte von diesem Gesichtspunkte der ursprünglichen Ausdrucksbewegungen betrachten; daneben gibt es freilich auch noch andere Entstehungsbedingungen für neue Wortbildungen, wie z. B. die bald noch zu erwähnenden Sinnesverfälschungen. Eine Bestätigung dafür, dass die Bildungsweise solcher Worte verwandt der aus Sprachwurzeln vor sich geht, liegt in dem Umstande, dass mehrfach Fälle veröffentlicht sind, in denen die Kranken einige einsilbige neue Worte durch Verschiebung oder Einschaltung einzelner Vocale und Consonanten zu verschiedenen Bezeichnungen benutzten, und so gewissermassen die ursprüngliche Bedeutung durch leise Veränderungen der Form in verschiedene Bestandtheile zerlegten.

Anderer Art, wahrscheinlich aber viel häufiger, ist die Entstehung neugebildeter Worte durch Sinnestäuschungen. Die innige Beziehung zwischen Sprache und Gehörssinn weist natürlich ganz besonders auf Gehörstäuschungen hin. Als Ausdruck der Einheit von Gedanke und Wort wird die menschliche Sprache in der Form des innerlichen Sprechens auch vom Geisteskranken empfunden. Nicht immer ist er im Stande, das krankhafte innere Stimmenhören von dem gesunden inneren Sprechenhören zu unterscheiden; oft aber empfindet er jenes doch als ein anderes, fremdes, äusseres, und wenn auch aus dem eigenen Innern kommendes und seiendes, doch nicht zu ihm gehöriges. Diese Art des Gedankenmachens haben wir bei den centralen Gehörshallucinationen näher erörtert; auch die Entstehung der kranken Vorstellungen aus peripheren Gehörshallucinationen und Gehörsillusionen findet oft ihren unmittelbaren Ausdruck in eigenthümlichen Redewendungen und Worten. Ist die sinnliche Deutlichkeit aller dieser Gehörsfälschungen keine überwältigende, so kommt es zuweilen zu einem chaotischen Gemisch und Gemenge von Worten, die bei gebildeten Kranken durch Anklänge einzelner Silben aus fremden Sprachen, oder aus, diesen fremden Sprachen nachgebildeten Worten zu einer förmlichen Selbstsprache verbunden erscheinen. Diese Sprache ist dann für den Hörer völlig sinn- und verständnisslos, aber der verrückte Sprachbildner bemüht sich, diese seine Ursprache oft mit grösstem Geschick zu begründen. Ganze Briefe und Abhandlungen werden dann in dieser Weise abgefasst. Eine derartige verrückte gemachte Sprache ist immer ein Zeichen tiefer Störung und

vorgeschrittener geistiger Schwäche. Es ist aber festzuhalten an der Auffassung, dass lebhaftes inneres Hören derartige phantastisch verarbeitete Sprachbildungen bei ihrer Entstehung begleitet. Es ist nicht nöthig anzunehmen, dass immer deutliche Gehörstäuschungen dem ganzen Vorgange vorausgehen, was allerdings auch möglich und zuweilen der Fall ist, aber in der grossen Mehrzahl entwickeln sich die verrückten Sprachvorstellungen und Gehörstäuschungen gleichzeitig auf demselben kranken Boden. In einem schon vorhandenen ängstlichen Vorstellungsinhalt entsteht zusammen mit einem verdächtig klingenden Wort oder Geräusch ein Verfolgungswahn, und finden diese Vorgänge sofort ihren sprachlichen Ausdruck in Redewendungen, die bei verschiedenen Kranken zuweilen eine merkwürdige Aehnlichkeit unter einander zeigen, die sicher nur durch den gleichartigen Erkrankungsvorgang erklärlich ist. Andererseits ist aber auch wieder eine so grosse Verschiedenheit zu bemerken, dass man zum Verständniss der Entstehung dieser Erscheinung nur gelangen kann, durch die Erklärung aus der so verschiedenartigen physiologischen Grundlage, der individuellen Unterschiede in Anlage, Entwicklung, Ausbildung und Erziehung des einzelnen Gehirnes und seiner psychischen Thätigkeit.

Es ist versucht worden, ein eigenes Krankheitsbild abzugrenzen unter dem Namen der pseudaphasischen Verwirrtheit, in dem unvollständige und falsch aufgefasste Gehörstäuschungen von dem Kranken in verstümmelter oder falsch verstandener Form wiedergegeben werden; die neuen Worte oder unverständlichen Wortgebilde sind als Trümmer bekannter Aeusserungen aufzufassen. Diese Zustände berühren sich indessen vielfach mit andern Sinnestäuschungen, so dass eine Beschränkung auf die Störung des Gehörssinnes nicht durchführbar ist; jedenfalls aber ist das besondere Zeichen dieser verwirrten Rede auf Grundlage starker Gehörshallucinationen ein Beweis für eine schwere Erkrankung des Gehirns, und steht in einem gewissen Gegensatz zur Ideenflucht erregter Kranker, bei denen die Verwirrtheit nur ein Ausdruck für die erleichterte Verbindung der Vorstellungen ist, während eine Störung der Wortbildung in der Ideenflucht fehlt.

Bei Blödsinnigen findet man durch einfaches Nachsprechen eben gehörter Worte eine Sprechweise, die Echosprache genannt ist; es werden vorgesprochene Sätze wiederholt oder immer nur das letzte Wort; bei diesem triebartigen Vorgange ist jedes Verständniss oder eine Absicht des Kranken ausgeschlossen.

Eine eigenthümliche Sprachstörung ohne Hallucinationen und ohne Wahnvorstellungen, von der Ideenflucht Maniakalischer meistens unterschieden durch das Fehlen tieferer Affecte, ist eine bei verschiedenen Psychosen vorkommende endlose Wiederholung derselben Worte und Sätze in Form einer Rede oder Predigt; es sind aber bedeutungslose Worte ohne Zusammenhang, Sätze ohne Sinn, die unzählige Male wiederholt werden. Dieser Zustand wird als Verbigeration bezeichnet; das Krampfartige, Gezwungene in dem Hervorbrechen der Wortreihen lässt die Bezeichnung Redekrampf zutreffend erscheinen; es scheinen motorische Hemmungen durch einen mächtigen Reiz überwunden werden zu müssen, zuweilen gewinnt der Ausdruck dabei eine pathetische Färbung. Hierdurch lässt sich die Verbigeration in der Regel auch bald unterscheiden von Wortwiederholungen aus psychologischen Gründen. Auch in Briefen lässt sich die Verbigeration finden.

Endlich ist der sprachliche Ausdruck in mehr willkürlicher Weise verändert ohne Gehörstäuschungen durch Wahnvorstellungen allein. Es ist nicht nur zu denken an die gezierte Sprache erregter Kranker, sondern ohne Affect gewöhnen sich Verrückte an eigenthümliche Formen ihrer Redeweise. Einzelne lieben es nur in Superlativen zu sprechen und verwenden dabei einzelne Lieblingsausdrücke; es werden wahre Wortungeheuer gebildet. Oder es besteht die Neigung, nur Diminutive zu benutzen, und erhält die Sprache dadurch manche Aehnlichkeit mit kindlichen Ausdrucksweisen. Eine andere Eigenthümlichkeit ist auch hier die mehrfache Wiederholung einzelner Worte in der Rede; der Wahn, die Sprache zu verlieren, kann diese Erscheinung hervorrufen. Zuweilen werden Worte zusammengesetzt, die nicht zusammen passen und deren Zusammensetzung nur schlecht begründet wird durch eine Erklärung des Kranken, die oft nur einem verwirrten Vorstellungsinhalt entspringt.

Die wichtigen Sprachstörungen der Aphasie im engeren Sinne des Wortes, soweit sie mit psychischen Störungen verlaufen, müssen bei der paralytischen Seelenstörung erörtert werden, da ihr Verständniss die genauere anatomische Erkrankungsgrundlage dieser und ähnlicher Krankheitszustände voraussetzt.

Wir wenden uns nun zur Betrachtung der **Schrift**, die wichtige Zeichen geistiger Erkrankung bietet. Im Allgemeinen entsprechen die Eigenthümlichkeiten des schriftlichen Stils denen der Rede; doch kann man daraus kein Gesetz machen, denn es kommt vor, dass Kranke, die starke Sinnestäuschungen in ihren Reden zeigen, bei denen zweifellose Zeichen schwerer geistiger Störung und deutliche Wahnvorstellungen in jedem Gespräch hervortreten, sobald sie die

Feder ergreifen, einen tadellosen, anscheinend gesunden Stil schreiben. Die Unabhängigkeit der beiden Ausdrucksarten, der Schrift und der Sprache zeigt sich dabei also sehr deutlich. Man denke auch daran, dass die Schrift immer erst nach der Sprache, bei Taubstummen sogar ohne sie erlernt wird. Es sind viele Kranke im Stande, sich in der Unterhaltung soweit zu beherrschen, dass nichts Krankhaftes hervortritt, während sie keinen Anstand nehmen, ihr Inneres auf dem Papiere zu offenbaren; sie lassen sich mehr gehen, weil sie sich unbeobachtet fühlen, und verrathen in ihren Schriften Wahnvorstellungen und Gefühle viel leichter als im mündlichen Verkehr. Sie schreiben von peinlichen Vorstellungen, Befürchtungen und Aengsten, von Hoffnungen und Erwartungen, die sie erfüllen, von den kühnen Plänen und Entwürfen, die sie auszuführen gedenken, von den sonderbaren Gedanken und Sinnestäuschungen, die sich ihnen aufdrängen, lauter Dingen, die im Gespräch völlig verborgen geblieben waren.

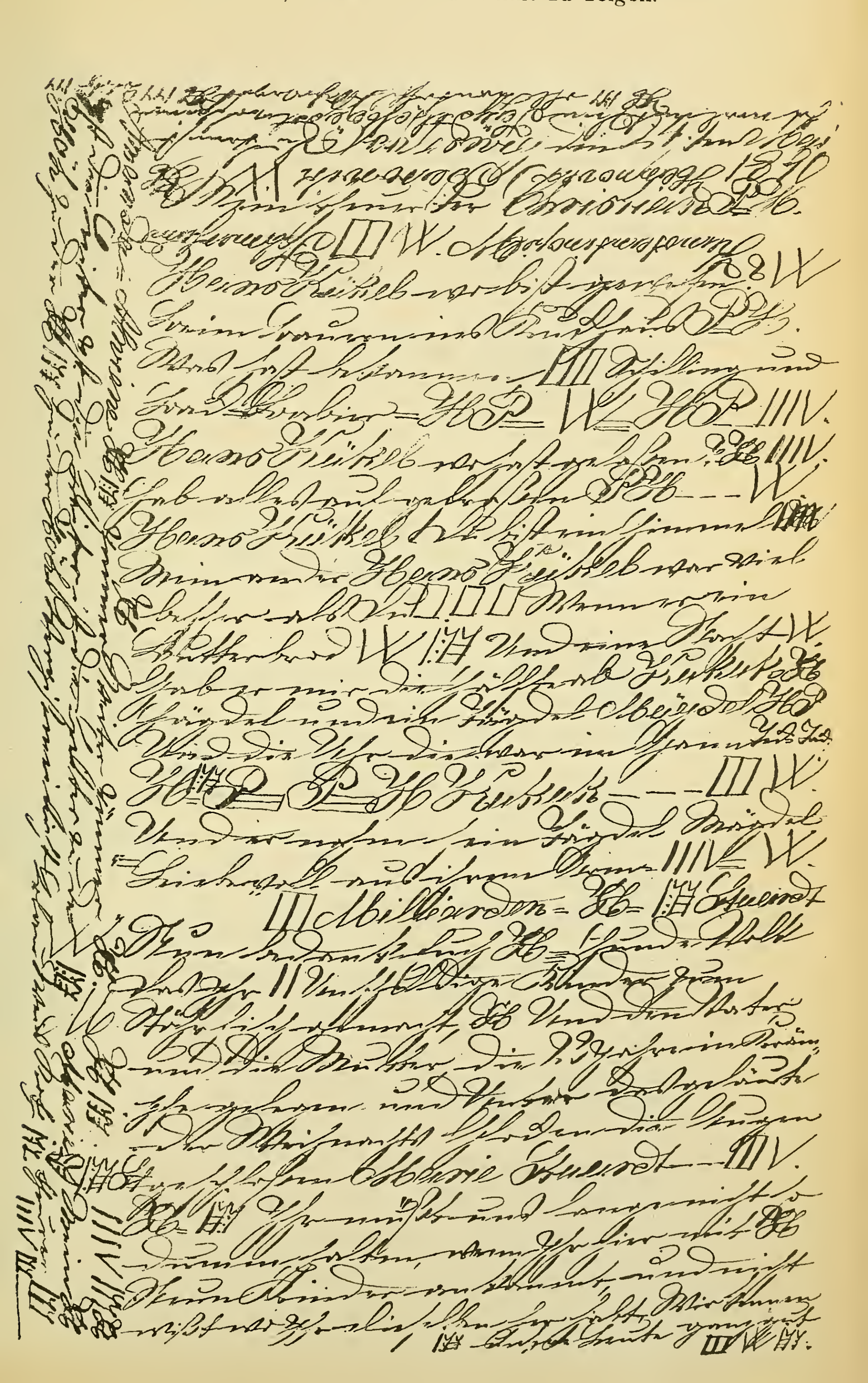
Ist es in diesen Fällen vorzugsweise der Inhalt der Schriften, den wir zu berücksichtigen haben, so wird ihre Form zu einem weitern wichtigen Hülfsmittel der Erkenntniss und richtigen Beurtheilung geistiger Störungen. Kindlicher Satzbau, Unbehülflichkeit und Unklarheit des Ausdrucks zeigen sich bei Schwachsinnigen; der Blödsinnige schreibt fast gar nicht. Jedenfalls aber ist die Schrift grade bei Schwachsinnigen ein besonders wichtiges Untersuchungsmittel, weil das Schreiben überhaupt grössere Klarheit der Gedanken erfordert als das Sprechen. Auch der Melancholische schreibt wenig, seine geistige Unlust hindert ihn, die Eintönigkeit seiner Vorstellungen findet sich in der beständigen Wiederholung derselben Klagen, Befürchtungen und Selbstbeschuldigungen wiedergegeben. Die Schrift ist nicht aus einem Gusse. Es wird bei ihrer Abfassung mehrfach abgesetzt, die Schriftzüge selbst sind klein, spitz, zuweilen zitternd ausgeführt. Grundstriche und Haarstriche sind wenig unterschieden, weil der Druck der Feder ein schwacher, zaghafter war. Aufgeregte Kranke schreiben viel, mit festen Zügen, daher treten die Grundstriche kräftiger hervor. Die Schrift ist rasch hingeworfen, als ein treues Bild des beschleunigten Vorstellungsverlaufes. Die flüchtige Abfassung findet ihren weiteren Ausdruck in langen geschwungenen Zügen. Je länger das Schriftstück ist, um so mehr treten diese Eigenschaften hervor; die Hand vermag den Gedanken nicht mehr nachzukommen, es werden Worte ausgelassen, Sätze bleiben unvollendet. Das Ende erscheint unordentlich und wie überstürzt, und schliesslich findet sich ein wirres Durcheinander von Worten und Satzbruchstücken in ungeordneter Schrift. Häufig wird das Papier doppelt benutzt und quer über den ersten

Entwurf ein neuer geführt, alle Ecken und Enden werden ausgefüllt. Der Verrückte bedient sich gern besonderer Zeichen, macht allerhand Schnörkel und bestimmte, doch häufig wechselnde Züge. Er unterstreicht viel, macht Ausrufungs- und Fragezeichen ohne allen ersichtlichen Grund. Dazwischen malt und kritzelt er. Er wechselt mit den Schriftzeichen, schreibt unter Umständen einzelne Worte mit lateinischen, deutschen, selbst griechischen Buchstaben, oder auch er macht einzelne nur grösser oder kleiner. Dieser absichtlichen Aenderung der Handschrift entspricht vielfach der Inhalt. Bestimmte Schriftzeichen entsprechen besonderen Wahnvorstellungen, namentlich durch Anhängung besonderer Endungen. Wie beim Sprechen treten die verdrehtesten Neubildungen von Worten hervor. Zuweilen wird von den Kranken etwas darin gesucht, möglichst kleine, fast mikroskopische Buchstaben auf engstem Raume zu benutzen. Derartige Schriftstücke verrathen ihren krankhaften Ursprung oft schon durch ihr Aeusseres, um so mehr wenn sie, wie es oft der Fall ist, auch noch verwickelte, ganz unverständliche Zeichnungen von Maschinen, fabelhaften Wesen oder symbolische Zeichen enthalten. Angehängte Siegel eigenen Fabrikates vermehren den merkwürdigen Eindruck.

Eines der wichtigsten Zeichen bildet endlich die Schrift bei der paralytischen Seelenstörung. In dieser Krankheit kann schon vor dem Auftreten anderer Erscheinungen eine undeutliche, unsichere, krampfhaftzitterige Form der Buchstaben, bei denen Haar- und Grundstriche nicht auseinander gehalten werden, die Befürchtung der sich entwickelnden schweren Störung begründen. Einzelne Züge sind sehr lang, über das Ziel hinausgehend, andere klein und verschwommen. Bezeichnend ist bei fortschreitender Krankheit das Ausfallen einzelner Buchstaben und Worte, oder das Auftreten fehlerhaft geschriebener Worte, ferner die Wiederholung einzelner Worte und Zeilen. Es wird viel ausgestrichen und der erneute Versuch fällt womöglich noch schlechter aus als der erste. Dasselbe Schreiben kann gleichzeitig an mehrere Personen gerichtet sein, in verschiedenen Sprachen wechseln. Datum oder Unterschrift werden vergessen, aus einem zufällig daneben liegenden Schriftstück oder Buch fliessen ganze Sätze ein in das eigene Schreiben. Besonders fällt aber auch hier die äussere Ausstattung des Schreibens auf, das Papier ist voller Kleckse, beschmutzt mit Fettflecken, die von der eigenen Hand stammen oder weil es aus irgend einem Kehrichthaufen hervorgezogen war, vielleicht nur eine Umhüllung des Tabaks gewesen ist. Die gerade Linie wird vielfach verlassen, dafür tritt eine Bogenlinie auf, die Buchstaben stehen in den verschiedensten Entfernungen, bald nah, bald fern. Die geistige Schwäche

Schrifttafel I.

Theil des Briefes einer chronisch Verrückten beim Uebergang in Verwirrtheit, um Form und Inhalt zu zeigen.





Schrifttafel II.

Brief einer völlig verwirrten Kranken, besonders auffallend wegen der vielfach zwecklos angehängten Buchstaben.

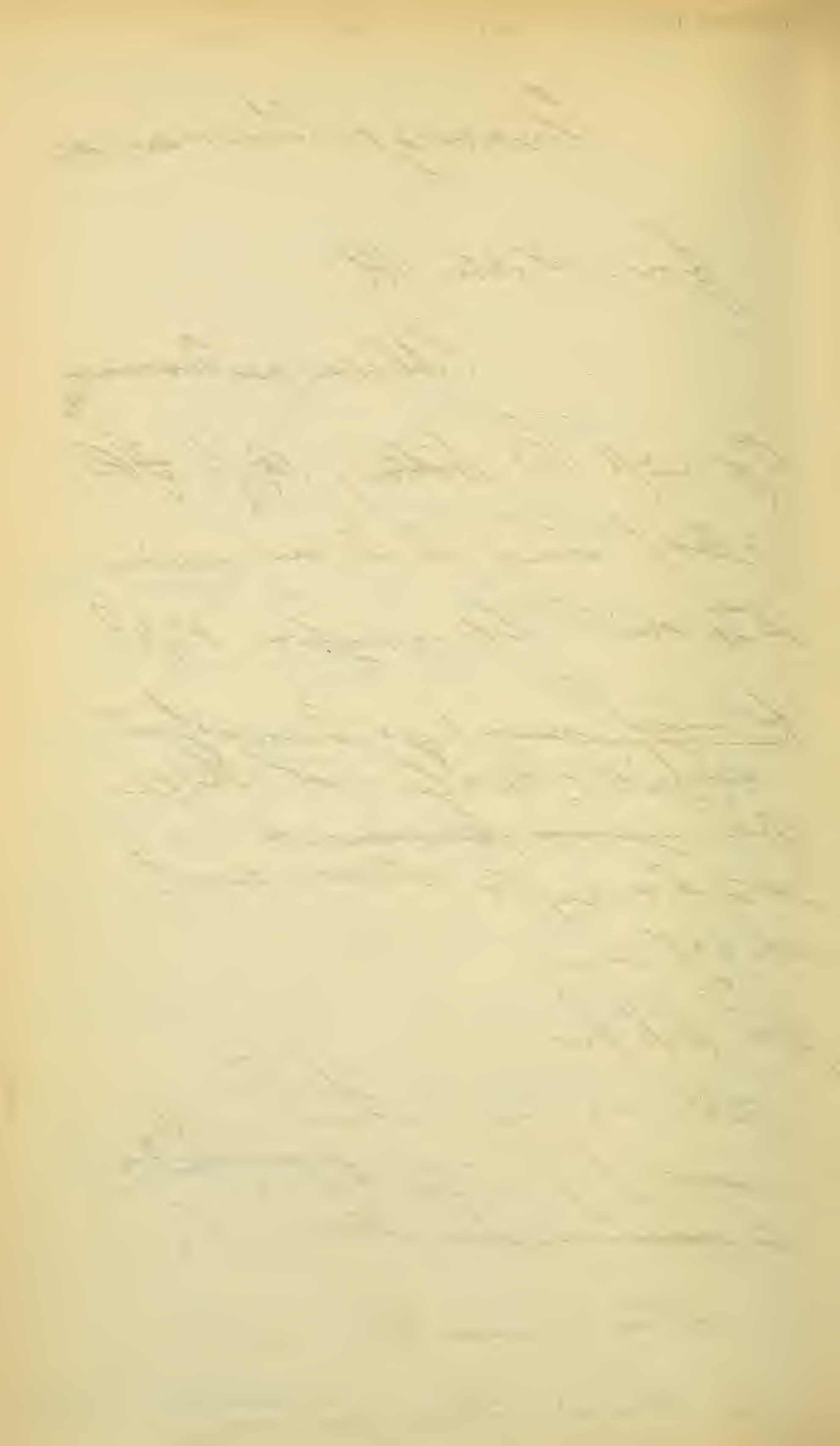
Photolithographie von J. Löwy, Wien.



Schrifttafel III.

Physiologische Zitterschrift eines Greises, wobei seine psychische Störung ohne Einfluss ist.

Photolithographie von J. Löwy. Wien



[illegible]



tritt besonders oft darin hervor, dass ein in den ersten Zeilen leserliches und verständliches Schriftstück gegen Ende immer unleserlicher, inhaltsloser und unsauberer wird, weil die Aufmerksamkeit des Kranken rasch dabei ermüdet. Der Inhalt ist natürlich ein sehr wechselnder und da er den übrigen Erscheinungen der Paralyse parallel geht, bedarf er hier keiner weiteren Erläuterung. Jedenfalls aber ist gerade bei dieser Krankheit die Schrift ein wichtiges Zeichen, sowohl wegen ihrer frühzeitig auftretenden Veränderungen als der besonderen Form, und darf ihre Untersuchung nie vergessen werden, wenn es sich um zweifelhafte Fälle handelt.

Bei neuropathisch belasteten, früh erblindeten oder taubstumm gewordenen Kindern und Idioten findet man, dass Schriftzüge mit der linken Hand in der Richtung von rechts nach links ausgeführt werden; diese Spiegelschrift führen erwachsene Geisteskranke nur sehr selten aus, wahrscheinlich weil die langjährige Erziehung und Benutzung der gebräuchlichen Richtung eine Neigung zur falschen Schreibart hemmt.

E. Körperliche Begleiterscheinungen.

Im Anschluss an das Vorstehende müssen wir noch eine Reihe körperlicher Störungen betrachten, die unter den Zeichen der Geisteskrankheit wichtige Begleiterscheinungen sind. Sie sind aber nicht nur solche, sondern oft Bestandtheile der Psychosen selbst, nicht nur weil sie als Grundlage für Wahnvorstellungen, Stimmungen, Sinnestäuschungen dienen, die Krankheit theilweise verursachen, ferner weniger desshalb, weil sie für die Erkenntniss der Krankheit wesentliche Zeichen sind, sondern besonders weil sie Angriffspunkte zeigen für die Behandlung des Gesammtleidens und dadurch gerade für den praktischen Arzt von ganz hervorragender Bedeutung werden. Wir wollen zuerst die Störungen der **Sensibilität** ins Auge fassen. Ihre Untersuchung bei Irren ist im Allgemeinen eine schwierige, weil die Aufmerksamkeit gestört ist, Trübungen des Bewusstseins bei ihnen vorkommen oder Misstrauen gegen den Untersuchenden die Sicherheit der Angaben des Kranken zweifelhaft machen muss. Ein völliges Fehlen der Empfindlichkeit für Schmerzen und Temperaturunterschiede zeigen tief blödsinnige Kranke, und könnte man bei ihnen fast zu der Vermuthung kommen, dass die Leitung der verschiedenen Eindrücke zum Gehirn unterbrochen sei; doch ist sie dies nur in sehr seltenen Fällen; in der Regel handelt es sich nur um das Fehlen der Auffassung im Bewusstsein. Solche Kranke kann man mit einer

Nadel stechen, sie können sich schneiden, brennen, ihre Glieder verstümmeln, ohne irgend einen Laut oder Zeichen des Schmerzes zu äussern. Oder sie lassen ihren Speichel laufen, ertragen das Umherlaufen von Fliegen im Gesicht, Insectenstiche, ohne irgend einen Versuch zu machen, dies zu verhindern. Diese Gleichgiltigkeit wird nur verständlich durch das Fehlen jeglicher Aufmerksamkeit, und kann nicht als eine periphere Störung im Bereiche der Hautnerven aufgefasst werden. Ebenso muss man die oft mit staunenswerther Ausdauer ins Werk gesetzten Selbstverstümmelungen ansehen, z. B. Castrirungen, Herausreissen der Augäpfel, der Zunge, Selbstkreuzigungen; so man hat gesehen, wie Melancholische sich freiwillig auf einem Bett verbrannten, das mit Petroleum getränkt war. Namentlich religiöse Wahnvorstellungen liessen Kranke unglaubliche selbstgeschaffene Martern stumm ertragen. Immer war es der Mangel an psychischer Sensibilität, der die Ausführung ermöglichte. Andrerseits kommen nun freilich auch periphere **Anaesthesieen** vor, doch sind sie dann meistens nur zufällige Begleiterscheinungen, nicht von der Psychose als solcher abhängig; trotzdem aber können sie eine grosse Bedeutung dadurch gewinnen, dass sie als Wahnvorstellungen verarbeitet werden und so störend in den Bewusstseinsinhalt eintreten. Bei der Schilderung des Antheils der Geisteskranken am Hexenwesen werden wir die Bedeutung gerade dieser Erscheinung verstehen lernen. Es ist aber gar nicht immer nöthig, dass die Anaesthesie eine allgemeine oder völlige im einzelnen Theil ist, da die von ihr ausgelösten geistigen Vorgänge in einem getrübten Bewusstsein verlaufen und nicht immer logisch verarbeitet werden. Daher treffen wir hier, wie bei den Sinnestäuschungen, sehr oft die Neigung, die Zustände allegorisch zu schildern und phantastisch auszuschmücken. Erst im weitern Verlauf nimmt die Erklärung dann immer mehr die bestimmte Form der Behauptung an; es kommt dann zu Angaben, dass die Glieder aus Glas oder Holz bestehen, trotzdem der Augenschein den Kranken vom Gegentheil überzeugen müsste. Bei sehr verbreiteter Herabsetzung der Sensibilität kann das Gefühl der eigenen Persönlichkeit erlöschen, der Kranke wähnt sich todt; entsprechende Einwände werden leicht überwunden z. B. durch Verallgemeinerungen, der Kranke sagt einfach: alle Menschen sind todt, das Leben ist nur Schein. Beschränkt sich der Mangel des Gefühls auf einzelne Eingeweide, wenn z. B. die Nahrungszufuhr ohne Empfindung verläuft, so glaubt der Kranke, keinen Magen zu haben, und ähnlich bei den verschiedensten innern Organen. Ist die Entstehung derartiger Anaesthesieen durch schwerere fortschreitende organische Erkrankungen des Gehirns begründet, so treten Schwund- und Nich-

tigkeitsgefühle besonders stark auf; vielleicht beruhen auf solchen sich erst bildenden Anaesthesieen die Klagen von Leere, Hohlsein, Druck, reifartiger Einpressung des Kopfes, Vertrocknung des Gehirns, Luft, Wasser im Gehirn u. s. w. Die Ausdehnung der Erkrankung auf das Rückenmark zieht natürlich auch alle von ihm versorgten Körpertheile in ähnliche Vorgänge hinein. Anaesthesieen der Muskeln bringen in diesem Sinne zahlreiche Zeichen hervor. Aber es ist immer wieder zu betonen, dass schon eine psychische Unempfindlichkeit durch Herabsetzung der Aufmerksamkeit genügt, um solche Gefühllosigkeit zu erklären, wie beim gesunden Menschen ja auch Zorn, Aufregung und Begeisterung augenblicklichen Schmerz vergessen machen können.

Wenn man unter **Hyperaesthesieen** rein quantitative Steigerungen der gesunden Empfindlichkeit des Körpers versteht, so ist das Eingehen dieses Bestandtheiles in eine Psychose nicht so sehr häufig; rechnet man aber dazu qualitative Aenderungen, wie sie besonders aus der Mischung mit psychischen Bestandtheilen und dem Wechsel mit Anaesthesieen hervorgehen, so ist ihr Kreis ein sehr grosser. Sie sind auch noch aus einem anderen Grunde von besonderem Interesse, weil sie in ihrer Entwicklung und ihrem Verlauf manche Berührungen mit den Sinnestäuschungen haben. Im Gegensatz zum Herabsinken oder Fehlen der Aufmerksamkeit bei den Anaesthesieen, ist hier deren Steigerung und höchste Spannung grundlegend. Der Versuch, wie bei den Sinnestäuschungen, eine periphere und centrale Entstehung zu unterscheiden, ist naheliegend, doch wird man desshalb davon besser absehen, weil wesentlich und hauptsächlich nur Haut- und Muskelempfindlichkeit in Betracht kommen; diese aber lassen sich wie wir schon bei den Sinnestäuschungen fanden, nur schwer und gewaltsam in jene Bestandtheile zerlegen. Dass aber in der That auch gar nicht so selten eine umschriebene Ueberempfindlichkeit irgend eines bestimmten Hauttheiles oder eines kleineren abgegrenzten Schleimhauttheiles Ursache, besonders der Erscheinungsform einer einzelnen geistigen Störung sein kann, lehrt die Erfahrung sehr deutlich. Dann werden die Hauttheile wund gerieben, die Oberhaut immer wieder abgepflückt; es ist aber ebenso gewiss, dass andere ganz ähnliche Erscheinungen abhängen von Erkrankungen des Rückenmarkes, besonders auch diejenigen, die mit dem Sexualapparat zusammenhängen. Es ist dagegen nicht möglich zu entscheiden, wie weit periphere und centrale Elemente sich mischen bei den Gefühlen peinlicher Muskelunruhe, Herzschmerzen und ähnlichen Zuständen. In ausgedehntester Weise sieht man bei Hypochondern die Mischung peripherer und centraler Hyperaesthesie das Krankheitsbild zusammensetzen; die Lösung des Zu-

sammenhangs ist um so schwieriger, als er oft verwickelt ist durch Verwandlung der beiden Arten in einander: die ursprünglich vielleicht rein peripherische Hyperaesthesie rief die psychische hervor, aber allmählich wurde diese selbstständig. Dieser Ursprung erscheint am Deutlichsten bei neuralgischen Zuständen in Verbindung mit der Menstruation, weil hier die Natur jedesmal so zu sagen ein Experiment in dem Sinne macht, dass durch den erneuten peripheren Anreiz eine Steigerung der auch schon sonst vorhandenen psychischen Reizbarkeit stattfindet, unter Umständen auch eine periodische Wiederkehr der sich anschliessenden Wahnvorstellungen hervorruft.

Eine allgemeine Schilderung der Störungen **motorischer Functionen** wird hier nicht gegeben, weil sie fast nur der einen Gruppe organisch bedingter Geistesstörungen angehören und daher dort abgehandelt werden, oder sonst schon an andern Orten berücksichtigt worden sind.

Auch die Störungen im **vasomotorischen** System, ferner die Menstruation sind anderswo ausgeführt, so dass unter den körperlichen Begleiterscheinungen zunächst noch die **Athmung** unsere Aufmerksamkeit auf sich zieht. Im Allgemeinen bietet sie nicht sehr viele Absonderheiten, und hat daher auch durchaus nur eine nebensächliche Bedeutung. Abhängig von der Stimmung und Affectzuständen ist sie unter Umständen natürlich oberflächlich und langsam, oder auch tief und beschleunigt. Bei Schlaganfällen und andern tieferen Erkrankungen des Centralnervensystems zeigt sich zuweilen auch das Cheyne-Stokes'sche Phänomen als körperliche Begleiterscheinung einer Psychose.

Dagegen unterliegt die **Körpertemperatur** zahlreicheren Veränderungen. Jede Erregung pflegt von einer Temperatursteigerung begleitet zu sein, theilweise ist sie bedingt durch die Wärmeerzeugung bei der vermehrten Muskelarbeit in den vielen Bewegungen. Höhere Grade erreicht diese Temperaturhebung in den höchsten Graden der Tobsucht, denen auch der Name Delirium acutum zugelegt ist, in epileptischen Anfällen, aber jedenfalls ist die Wärmequelle dann auch in Erregung gewisser Wärmecentren zu suchen, wie dies noch deutlicher wird beim Auftreten paralytischer Anfälle; hier ist der cerebrale Reizzustand durch die zu Grunde liegende anatomische Erkrankung zweifellos das Vorwiegende. Andererseits ist die Temperatur bei regungslosen Melancholischen und Blödsinnigen natürlich gesunken; auch bei Erregungszuständen kann mit eintretender Erschöpfung das Sinken der Temperatur einhergehen. Beiden Zeichen tritt man am Besten entgegen durch anhaltende Bettlage, in der die Kräfte und

Eigenwärme bewahrt werden. Während in den zuletzt berührten Fällen mehr die vermehrte mechanische Abgabe von Wärmemengen zur Wirkung kommt, ist es andere Male die verminderte Wärmeerzeugung bei ungenügender Nahrungszufuhr; alle die verwickelten Fragen der Wärmelehre kommen in Betracht. Den Geisteskranken zuweilen eigenthümlich ist das Fehlen vom Temperatursteigerung in Zuständen, die durch alle sonstigen Erscheinungen die Annahme einer fieberhaften, unter Umständen einer Infectionskrankheit bedingen. So kann ein im Uebrigen zweifelloser, gar nicht einmal leichter Typhus abdominalis fast fieberlos verlaufen, ebenso eine Lungenentzündung; so dass das sonst so untrügliche Zeichen der Fieberhöhe bei Geisteskranken in diesen Krankheiten nicht immer eine gleich grosse Bedeutung hat wie bei nur körperlich Kranken. Indessen ist die Ausdehnung dieser Thatsache nicht zu gross, da es doch meistens nur chronische, schon länger bestehende Geistesstörungen sind, bei denen sich jener Ausfall zeigt. Andere Kranke sind wie Kinder sehr geneigt zu fiebern, so dass eine Stuhl- und Harnverhaltung bei nervösen und reizbaren Kranken ganz anders beantwortet wird als bei geistig Gesunden.

Von allen organischen Functionen, die geistige Störungen begleiten, zeigt die **Verdauung** die bemerkenswerthesten Veränderungen. Einen Theil haben wir schon sorgfältiger gewürdigt bei Besprechung des Nahrungstriebes; die eigentliche Verdauung nun und die von ihr abhängige Ernährung des Körpers pflegt im Beginn aller Psychosen darniederzuliegen. Namentlich in der Melancholie gibt sich Magenkatarrh durch gelblich dick belegte Zunge und Appetitlosigkeit kund. Der ganze Vorgang der Nahrungszufuhr und Verdauung ist schon in seinen ersten mehr unwillkürlich oder doch in der Regel nur reflectorisch von Statten gehenden Theilen gestört; wenn schon Zerstreuung und Vergesslichkeit das Ergreifen der Nahrung verzögert haben, so wird jetzt der Bissen im Munde oft weder genügend zerkleinert, noch ordentlich eingespeichelt; er kann lange darin verweilen, und wenn er nicht wieder ausgestossen wird, gelangt er schliesslich unter ungeschickten Schlingbewegungen, die die Befürchtung des Verschluckens nahelegen, in den Magen. Kommen nun zu jenen physischen Bedingungen der Unaufmerksamkeit noch Lähmungen der Schlingmuskeln, so tritt wirklich Verschlucken ein und in seinem Gefolge Hustenanfälle, Lungenentzündungen und fast augenblickliche Erstickung. Andererseits findet man bei Geisteskranken nicht so ganz selten Schlingkrämpfe, die den Kranken zeitweilig dann zum Ablehnen von Nahrungszufuhr veranlassen. Aufgeregte Kranke schlucken

überhaupt gewaltsam und stossweise; sie laufen daher Gefahr, beim Schlingen festerer Theile diese einzukeilen; sind Lähmungen vorhanden, so ist schon das Hinabgleiten flüssiger Dinge gefahrvoll, und es ist wenigstens wünschenswerth, durch anfängliches Zuführen von Wasser das erste fast regelmässige Verschlucken unschädlich zu machen, weil nachher die Schlundmuskeln gewissermassen eingeübt sind und dadurch weiteren Gefahren nicht unwesentlich vorgebeugt wird. Sind die Speisen in den Magen gelangt, so hängt ihre Verdaulichkeit natürlich schon sehr wesentlich ab von der Art der Vorbereitung; nicht zerkleinert und durchspeichelt, werden sie nicht selten den verdauenden Kräften des Magens widerstehen; kommt dieser dann vielleicht auch noch ohne schweren Kampf, ohne Erbrechen und Katarrh davon, so hat der Darm noch weitere Beschwerden auszuhalten, die sich in den letzten Fällen häufig in Durchfällen äussern. Im Allgemeinen leiden Geisteskranke indessen mehr an Stuhlverstopfung. Der Aufgeregte verliert seinen Darminhalt, ohne es zu merken; ähnlich der tief Melancholische; wirkliche Lähmung des Darms wird man von dieser Ursache der Unreinlichkeit unterscheiden müssen.

Für die verschiedenen Ursachen der Ernährungsstörungen haben wir dann ein gemeinsames wichtiges Zeichen in den Schwankungen des **Körpergewichtes**. Diese berechtigen in gewisser Weise zu der Annahme, dass mit der psychischen Erkrankung tiefe Störungen des gesammten Stoffwechsels Hand in Hand gehen, und dass in der Mehrzahl die Psychosen sogar als der Ausdruck allgemeiner schwerer Ernährungsstörungen des ganzen Körpers anzusehen sind, an denen das Gehirn theilnimmt; andererseits liegt auch die Möglichkeit vor, dass die Erkrankung des Gehirns den unmittelbaren Anstoss zur Veränderung des Körpergewichts gibt. Eine fortschreitende Körpergewichtsabnahme begleitet in der Regel den Krankheitsverlauf bis zu seiner Höhe. Nachlässe bis dahin führen Gewichtszunahme mit sich, Steigerungen erneute Abnahme; zu einem regelmässigen Wechsel gelangt diese Erscheinung zuweilen in den periodischen und circulären Psychosen; doch ist zu bemerken, dass bei längerem Bestehen dieser wie aller chronischen Geisteskrankheiten der Körper sich gewissermassen an die Krankheitszustände gewöhnt, und eher eine gleichmässige Erhaltung, oft auch wieder eine Zunahme des Körpergewichtes in jedem Abschnitt eintritt, wenn dieser lange dauert. Das Körpergewicht steigt fast regelmässig bei rasch eintretender Reconvalescenz, aber auch beim Uebergang in unheilbare Schwächezustände; dies Zeichen hat daher nur dann eine günstige Bedeutung, wenn andere Zeichen geistiger Genesung sich daneben einstellen. Die grössten Gewichtsunterschiede

sieht man sich sehr rasch entwickeln nach Puerperalpsychosen; aber auch nach einer langanhaltenden Nahrungsverweigerung kann die Zunahme in Wochen täglich nach Pfunden zählen. Die Entwicklung der Fettleibigkeit Schwachsinniger pflegt Jahre lang Zeit zur endgiltigen Höhe zu bedürfen, während die Zunahme eines geistig Genesenden, die über die physiologische früher innegehabte Grenze geschritten war, bald durch einen geringen Nachlass sich dieser wieder zu nähern pflegt, namentlich sobald der Patient in die gewohnten Verhältnisse wieder zurückgekehrt ist.

Einige ganz andere Arten von Ernährungsstörungen, die nicht so sehr abhängig sind von dem Zustande peripherer Organe, im Gegentheil entstehen aus ursprünglichen Erkrankungen nervöser Centralorgane, welche entweder angeboren oder erworben sind, können vielleicht als Störungen **trophischer Functionen** zusammengefasst werden. Zu den angeborenen, fast immer ererbten Bildungen des Körpers gehört eine ganze Reihe anatomischer sogenannter **Degenerationszeichen.** Schon der Zwergwuchs mancher Idioten und damit zugleich das Zurückbleiben der gesammten sonstigen Körperentwicklung gehört hierher, insofern das kindliche Aeussere, das Ausbleiben der Bart- und Schamhaare und andere Erscheinungen mehr abhängig zu denken sind von dem frühen Zurückbleihen der Gehirnentwicklung; ebenso können Störungen der Schädelbildung oft nur unter Einfluss solcher trophischer Störungen hervorgegangen sein, jedenfalls sind mechanische Einflüsse wie sie unter der Geburt vorkommen, dazu allein nicht ausreichend. Eine theilweise Aufzählung der Degenerationszeichen wird die Einreihung einzelner, oft sehr verschiedenartig erscheinender Vorkommnisse unter diese Gruppe im besondern Fall erleichtern. Von den an Lebenden sichtbaren Schädelverbildungen sind noch zu nennen ein Missverhältniss zwischen Gesichts- und Hirnschädel, ungleiche Entwicklung der Gesichtshälften. Als weitere Degenerationszeichen gelten, wenn ihre Bedeutung als solcher auch nicht ganz zweifellos ist: fehlerhafte Stellung sowie auffallende Grösse oder Kleinheit der Ohren, das Fehlen von Ohrläppchen und mangelhafte Ausbildung der Ohrmuscheln. Einen grösseren Werth pflegt man im Allgemeinen auf Stellung und Entwicklung der Zähne zu legen, namentlich diejenigen, die sich gleichzeitig mit vorstehendem Os incisivum finden, weiter doppelte Zahnreihen; Hasenscharte und Wolfsrachen, ein steiler, schmaler oder zu flacher und zu breiter Gaumen oder ein einseitig abgeflachter Gaumen sind zu nennen. Ferner Schiefstand der Nase, der Augenschlitze; diese sind zuweilen zu klein, nahe am äusseren Hornhautrande mit einander

verwachsen. Zeichen der Entartung können unter Umständen sein: angeborene Blindheit, fleckige Netzhautentzündung, Spaltbildungen in der Iris, Albinismus; Krampfadern in jugendlichem Alter. In ähnlicher Weise lassen sich Degenerationszeichen an den verschiedensten Körpertheilen beobachten; ich beschränke mich auch hier darauf, nur noch zwei Gegenden hervorzuheben; erstens den Genitalapparat, an dem ja die zahlreichsten Missbildungen beobachtet werden, deren ins Einzelne gehende Schilderung hier zu weit führen würde; zweitens eigenthümliche Verhältnisse in der Behaarung des Körpers, so Bartwuchs bei Frauen, halbseitige Bartentwicklung bei Männern, theilweises Ergrauen einzelner Haarsträhnen in der Kindheit u. s. w. Alle diese Zeichen können vereinzelt oder gehäuft neben einander an einer Person gefunden werden; ein einzelnes Zeichen hat natürlich allein eine geringe Bedeutung, wie beispielsweise ein einzelner Riesenfinger; überhaupt ist zu betonen, dass der Werth der genannten Zeichen nur darin liegt, dass sie bei bestehenden Psychosen auf eine erbliche Belastung und Anlage hindeuten.

Die zweite Gruppe trophischer Störungen entwickelt sich erst während der Erkrankung des ausgewachsenen Gehirns. Am Ohr Geisteskranker findet man zuweilen eine Geschwulst, deren Entstehungserklärung lange ein Zankapfel der Beobachter gewesen ist. Wahrscheinlich wird durch Berücksichtigung beider entgegengesetzten Meinungen das richtigste Urtheil gewonnen. Diese **Ohrblutgeschwulst** (Othaematom) ist zuerst eine umschriebene kleinere oder grössere Geschwulst der Ohrmuschel, vorwiegend häufig an ihren oberen und äusseren Theilen; sie schwappt bei Berührung unter unverletzter Haut, erscheint blauroth. Nachdem sie sich in wenigen Tagen entwickelt hat, bleibt sie Wochen und Monate ziemlich unverändert und schwindet dabei nur allmälich mit Zurücklassung einer verkrüppelten Ohrmuschel. Zu Grunde liegt dem Vorgange ein Bluterguss zwischen die Ohrknorpel, die theilweise dabei zersprengt werden. Während der Aufsaugung des Blutes schrumpft die äussere Form zusammen trotz stellenweiser Verdickung des Knorpels. Das Vorkommen der Ohrblutgeschwulst bei geistig Gesunden ist nun zwar einzelne Male mit Sicherheit festgestellt, auch ohne eine vorausgegangene äussere Gewalt und ohne irgend einen Anhalt, dass erbliche oder persönliche Anlage zu geistiger Störung im Spiel war. Diese Fälle sind aber äusserst selten, und ist die Ohrblutgeschwulst daher mit grosser Wahrscheinlichkeit in der Regel als ein Zeichen abgelaufener oder bevorstehender Geistesstörung aufzufassen. Meistens kommt sie sogar nur bei schweren und vorgeschrittenen Zuständen des Irreseins vor, bei denen auch

Ohrtafel.

Ohrtafel.

Die beiden nebenan abgebildeten Ohren stellen eine angeborene und eine erworbene Missbildung dar. Unter den zahlreichen sehr verschiedenen angeborenen Missbildungen, die als Entartungszeichen beschrieben werden, ist eine sehr häufige die hier mitgetheilte Vergrösserung und Umklappung des Helix, das Henkelohr.

Das zweite Bild zeigt ein sehr vergrössertes, nach Oben hin glatt ausgezogenes Ohr, dessen Ausdehnung gegenüber dem der gesunden Seite eine gewaltige ist. Es entstand durch Jahre lang, täglich unzählige Male wiederholtes Ziehen und Zupfen am oberen Rande; diese Bewegung war das Glied einer Reihe von stereotypen Zwangsbewegungen, und wurde dadurch ausser der Glättung und Ausziehung auch noch ein bedeutender Schwund hervorgerufen, so dass dieses Ohr bei leichten Berührungen segelartig hin und herklappt.

Die Ohrblutgeschwulst (Othaematom) findet sich gewöhnlich, wie auch auf unserem Bilde, in der schiffförmigen Grube zwischen den beiden Leisten, dem Helix und Antihelix beginnend, durch die eigentliche Ohrmuschel hindurch mehr oder weniger nahe an den Gehörgang tretend, wobei sie aber die Knorpel der beiden Ecken, des Tragus und Antitragus, meistens verschont. In unserem Falle hatte kurz vor der Aufnahme ein kleiner Durchbruch aus der Geschwulst stattgefunden, kenntlich an der etwa halbkreisförmigen Linie in ihrer Mitte.

In dem Ohr des zweiten Bildes ist nach Schwinden der Geschwulst allmählich eine starke Schrumpfung der inneren Ohrknorpel eingetreten, die nach der Mitte wirkend, eine Verkürzung der betroffenen Theile radiär zum Gehörgang zu bedingt hat.











andere vasomotorisch-trophische Störungen des Nervensystems zu beobachten sind. Trifft nun bei diesen Kranken irgend eine äussere, oft nur geringfügige Gewalt, ein Schlag, Stoss oder Druck z. B. auf der Bettkante das Ohr, so tritt der Bluterguss auf. Beide Momente aber sind nöthig; fehlt die Grundlage der trophischen Störung, sind die Gefässe nicht brüchiger als gewöhnlich, so genügt eine äussere Gewalt nicht, wie die tägliche Erfahrung lehrt, dass Ohrfeigen und Faustschläge bei Raufereien unter Gesunden nur sehr selten ein Othaematom hervorrufen, ferner Tobsüchtige und Epileptische davon kaum jemals befallen werden, trotzdem sie sich zahreiche Stösse gegen ihre Ohrmuscheln erwerben. Andererseits aber ist die Ausübung irgend einer äussern Gewalt auch bei vorhandener Brüchigkeit der Gefässe nöthig, denn eine einfache innere Blutdrucksteigerung mit folgendem Erguss ist eine nicht sehr wahrscheinliche Erklärung dafür. Nun sind schwachsinnige Kranke manchen zufälligen Gewalten, leider hier und da aber auch wohl noch absichtlichen Schlägen ausgesetzt; in gewissem Grade spricht dafür noch die Thatsache, dass die Ohrblutgeschwulst häufiger am linken als am rechten Ohr vorkommt, entsprechend einem sicher in der Regel nur mit der rechten Hand ausgeübten Faustschlage. Indessen so sehr gerade diese einseitige Erklärung für das linke Ohr gelten könnte, um so bestimmter ist sie zu verlassen, als die immerhin grosse Zahl rechtsseitiger Othaemotome dann eigentlich irgend eine andere Entstehungsart haben müsste; denn Linkser in Faustschlägen und Ohrfeigen unter den Wärtern sind doch seltene Erscheinungen.

Sehr selten werden entsprechende Vorgänge auch an den Nasenknorpeln beobachtet.

Eine andere Ernährungsstörung ist die mit Schwund der Kalksalze einhergehende **Brüchigkeit der Knochen**, vornehmlich der Rippen und des Brustbeins; zuweilen ist gleichzeitig eine vermehrte Ausscheidung von Kalksalzen durch den Urin beobachtet. Die Zerstörung erstreckt sich bei den Rippen häufig auch auf die Knorpel, die in eine sulzige Masse verwandelt werden. Oft genügen bei so veranlagten Kranken schon geringfügige Einwirkungen, wie ein schwacher Druck auf den Brustkorb, um mehrere Rippen zu zerbrechen; einmal genügte ein leichter Schlag mit einer Haarbürste, um bei einem Paralytiker den Bruch des Radius zu machen. Eigenthümlicher Weise heilen diese Zustände oft verhältnissmässig rasch im Beginne der zu Grunde liegenden Psychosen; später dagegen gehen sie rasch in Vereiterung über.

Diese Neigung zur Vereiterung bei vasomotorisch-trophischer Störung trifft nun vor allen Dingen noch das Unterhautzellgewebe.

Der Zusammenhang mit den nervösen Centralorganen ist ja schon sehr deutlich, wenn der z. B. so häufige **Druckbrand** des Kreuzbeines in Folge von Herderkrankungen im Gehirn oder Rückenmark halbseitig auftritt. Aber auch das beiderseitige plötzliche Auftreten des Decubitus eines Kranken, der wochenlang, ohne an Druckbrand zu leiden, fast unbeweglich auf dem Rücken lag, verlangt die Annahme einer Gefässlähmung aus centraler Ursache, da sonst die Entwickelung ausgedehnter brandiger Herde in wenigen Stunden oder Tagen nicht erklärlich ist. Es kommt nämlich vor, dass z. B. sorgfältig gereinigte und gut gebettete Paralytiker zunächst eine Abhebung der Epidermis durch Blasenbildung zeigen, die ausser am Rücken auch an ungedrückten Körpertheilen, wie den freiliegenden Vorderarmen erscheint. Diese Blasen sind unter Umständen eigross, mit heller Flüssigkeit gefüllt; am Rücken, garnicht einmal in der Nähe des von Innen drückenden Kreuzbeines fliessen sie zusammen, und jetzt genügt der Druck des eigenen Körpers, um in wenigen Stunden eine flächenhafte Geschwulst im Unterhautzellgewebe zu erzeugen, die der Haut bald eine schmutzige blau-schwarze Farbe gibt und mit reissender Geschwindigkeit mehrere Centimeter tief fortschreitet, vereitert und dann nach langsam in Wochen eintretender Abstossung der Haut und Gewebsfetzen erkennen lässt, wie tief die Zerstörung vorgedrungen ist. Eine langsame Verheilung ist nicht immer ausgeschlossen unter sorgsamer Behandlung. In anderen Fällen wird in wenigen Tagen ein phlegmonöser Vorgang aus den geringen Anfängen; Verjauchung und Ausdehnung der Zerstörung des Zellgewebes mit Eitersenkungen zwischen die Muskeln können mehrere Fuss ausgedehnte Erkrankungen hervorrufen, die dann unter Fiebererscheinungen den raschen Tod herbeiführen. Ein Beweis dafür, dass dieser acute Decubitus wesentlich auf Gefässlähmung und Brüchigkeit beruht und dass äussere Schädlichkeiten nur hinzutretende schädliche Momente sind, ist es, dass er sogar auftritt bei nicht gelähmten Paralytikern, die in tobsüchtiger Erregung rastlos umherliefen, sich höchstens für Augenblicke anlehnten, wie durch immer fortgesetzte Beobachtung festgestellt wurde. Es sind jedenfalls immer Kranke, bei denen das Gehirn oder Rückenmark diffuse oder umschriebene Erkrankungen zeigt, und ist ein acuter Decubitus immer, gerade wie auch ein Othaematom, ein Zeichen, das die Annahme einer unheilbaren Psychose nahelegt.

Wir fanden bei den zuletzt betrachteten Ernährungsstörungen als das Wesentliche fast immer eine Gefässerkrankung; wir gehen nicht fehl, wenn wir diese als eine allgemeine bezeichnen; der Antheil einzelner Körpertheile an den auftretenden Erscheinungen wird dabei

in hohem Grade abhängig von zufälligen äusseren vielfach gewaltmässigen Eindrücken. Der Gedanke, dass desshalb die Psychose überhaupt nur eine Theilerscheinung der gesammten Gefässerkrankung sei, muss aber schon darum wieder zurückgedrängt werden, weil wir in den Störungen absondernder Organe wichtige Begleiterscheinungen von Psychosen kennen lernen, in denen die Abhängigkeit der Functionsstörungen vom Central-Nervensystem zweifellos ist und die Gefässe nur ein Glied in der Kette der Erscheinungen sind. Die innige Zusammengehörigkeit von Nerven- und Gefässsystem ist überall nachweisbar, Herrscher aber ist das erstere.

Die **Thränenabsonderung** ist bei Melancholischen oft sehr gering, ebenso wie eine Reihe anderer Secretionen; der Kranke kann nicht weinen in auffallendem Gegensatz zu seiner trüben Stimmung. Gerade wie bei schweren plötzlichen traurigen Affecten ihre Lösung oft durch einen Thränenstrom geschieht, pflegen sich erst bei beginnender Genesung nach einer tiefen Melancholie wieder Thränen einzustellen und üben sie auch dann eine erlösende Wirkung. Andererseits ist in den leicht erregbaren Affecten Schwachsinniger auch bei raschem Stimmungswechsel Kommen und Gehen von Thränen nichts Seltenes.

In allen gedrückten Zuständen scheint die **Speichelabsonderung** herabgesetzt zu sein und insofern beizutragen zu der mangelhaften Verdauung mancher Melancholischen. Ob eine Steigerung Aufregungszustände regelmässig begleitet, ist nicht sicher; doch ist es zuweilen der Fall und spucken solche Kranke dann viel aus. Es ist indessen zu unterscheiden, ob diese Secretion eine Folge vermehrter Bewegungen der Mundmuskeln ist, z. B. bei anhaltendem Sprechen, oder ob der Speichel mehr willkürlich abgesondert wird, um als ein willkommenes Mittel zum Beschmieren der Wände, Festkleben von Papierfetzen, Einsalben des eigenen Körpers u. s. w. zu dienen. Ferner gibt es ganz ruhige blödsinnige Kranke, die in anderer Weise mit ihrem Speichel spielen, ihn kunstvoll umhersprühen; andere unruhige wiederum benutzen ihn, besonders weibliche, als bequemstes Angriffsmittel gegen lästige Annäherung. Verrückte speicheln unter Umständen wirklich massenhaft, besonders wenn Geschmacks- und Geruchstäuschungen sie veranlassen, mit dem Speichel, gefürchtete giftige Bestandtheile auszustossen und ihren Einfluss vom Körper fernzuhalten. In den letzteren Fällen zeigt sich zuweilen die nahe Beziehung von Geruchsstörungen und geschlechtlichen Reizzuständen auch in der Zusammensetzung des Speichels, insofern er zäh ist wie bei Reizung des Sympathicus überhaupt. Entsprechend findet man häufig in der Schwangerschaft einen zähen Speichel-

fluss, während Reizzustände im Gebiete des Nervus trigeminus dünnen, wässerigen Speichelfluss hervorrufen; auch so ist es bei einzelnen Fällen von Dementia paralytica oder einfachem Schwachsinn, in denen ein vom Hirn ausgehender Reizzustand in der Bahn des Trigeminus sich gleichzeitig durch beständiges Zähneknirschen kundgibt. Wenn stuporöse Kranke mit vorgebeugtem Oberkörper zuweilen Speichel in Massen aus den Munkwinkeln laufen lassen, so dass ihre Kleidung beständig durchnässt ist, so ist dieser Ptyalismus noch nicht immer als eine krankhaft vermehrte Speichelabsonderung anzusehen, denn man vergisst leicht, dass die physiologisch abgesonderte Menge des Speichels überhaupt eine sehr grosse ist. Die Frage, ob viel gespeichelt wird wegen vermehrter Absonderung, oder ob die letztere abhängt von psychisch bedingten Bemühungen zum häufigen Ausspucken, ist im einzelnen Falle schwer zu entscheiden; auch die Beschaffenheit des Speichels gibt dafür nur ungenügende Anhaltspunkte.

Die Veränderungen in der Absonderung des **Magensaftes** und der **Galle** sowie der **Darmsecrete** sind ohne Frage, wie wir schon bei den Verdauungsstörungen erfuhren, wichtige Begleiterscheinungen psychischer Störungen; ihre genauere Untersuchung und Unterscheidung entzieht sich dem Beobachter in der Praxis, aber auch ihre wissenschaftliche Bedeutung ist noch nicht klar genug, um hier erörtert zu werden; überhaupt aber werden wir sie nicht so hoch stellen wie frühere Zeiten, die nach der Beschaffenheit der Galle z. B. der ganzen grossen Krankheitsgruppe der Melancholie den Namen gaben.

Obwohl die Untersuchung des Urins bei Irren schwer ist, da viele aus Misstrauen sich nicht herbeilassen, ihn zur Untersuchung, namentlich regelmässig aufzubewahren, da ferner die Einflüsse der Stimmung und Nahrung schwer auszuschliessen sind, so scheinen doch einzelne Thatsachen ziemlich sicher festgestellt zu sein, die von einer gewissen Bedeutung sind und zeigen, dass Veränderungen der **Urinabsonderung** ziemlich regelmässige Begleiterscheinungen psychischer Störungen sind. Am einfachsten ist die Thatsache, dass in allen gedrückten Zuständen wegen Darniederliegens des gesammten Stoffwechsels, die Urinmenge sehr gering ist, und umgekehrt in Erregungszuständen. Erinnert sei auch an die fast völlige Unterdrückung der Urinabsonderung einzelner Hysterischer. Entsprechend ist die Zusammensetzung des Urins; einmal sind namentlich Harnstoff und Chloride vermindert, das andere Mal ist ihre Menge vermehrt. Die Verminderung der festen Theile und des Wassers findet sich bei Melancholischen, aber besonders bei Blödsinnigen. Im Allgemeinen ist die Menge der Phosphate geringer, doch werden Fälle berichtet, in denen

sie im Ueberschuss in den Urin übergegangen sind und nach Ausschluss anderer Ursachen, namentlich der etwaigen Zufuhr durch die Nahrung, nur die Annahme übrig zu bleiben scheint, dass eine Beschleunigung des Stoffwechsels in den nervösen Centren vorliegt. Man wird dadurch erinnert an den centralen Ursprung des Zuckerharnens; bei periodisch Tobsüchtigen ist auch Zucker gefunden, doch liess sich dann mehrfach feststellen, dass ein leichter Diabetes auch zwischen den Anfällen bestand, so dass die auffallende Zuckerabsonderung im Anfall wohl nur als eine Steigerung des schon vorhandenen Zustandes angesehen werden darf. In den verschiedenen Arten von Krampfanfällen, die bei Geisteskranken beobachtet werden, ist auch Eiweiss gefunden, sogar einzelne Harncylinder und rothe Blutkörperchen, daneben eine Zunahme der Phosphate. Aehnlich verhält sich die Zusammensetzung des Urins bei verschiedenen Formen des Alcoholismus ohne Nierenentzündungen.

IV.

Der Verlauf geistiger Störungen.

A. Verlauf, Dauer und Ausgänge.

In diesem Abschnitt haben wir nicht nur die verschiedenen Formen des Verlaufs geistiger Störungen zu untersuchen, sondern auch ihre Dauer, ihre Ausgänge und schliesslich die aus der Kenntniss aller jener Umstände erwachsende allgemeine Prognose über die Wahrscheinlichkeit des Verlaufs, die Dauer und den Ausgang einer bestimmten Erkrankungsform; diese Aufgabe, die noch zukünftige Gestaltung einer Erkrankung vorauszusagen, gehört zu der dankenswerthesten des Arztes neben der Behandlung der Krankheit.

Der **Verlauf** ist theilweise nur zu beurtheilen mit Berücksichtigung der Thatsache, dass die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit überhaupt eine fliessende ist, so dass wir durchaus nicht immer in der Lage sind, wegen des Abweichens dieser oder jener Erscheinungen des geistigen Lebens zu behaupten, dass hier schon eine Ueberschreitung der physiologischen Breite vorliege. Das aus der Beobachtung einer sehr grossen Zahl einzelner Menschen abgeleitete Bild der Gesundheit kann daher nur eine bestimmte Summe von Erscheinungen, die sich bei allen immer wieder in gleicher Weise vorfinden, als Durchschnittstypen hinstellen und aus ihnen den Begriff der Gesundheit im Allgemeinen feststellen. Selbst das Ueberschreiten dieser Grenze darf nicht ohne Weiteres zur Voraussetzung eines krankhaften Vorganges führen, denn es gibt geistige Zustände des gesunden Lebens, die weitgehenden Schwankungen unterliegen und doch nicht die Vorläufer krankhafter Vorgänge sind.

Man unterscheidet also krankhafte **Zustände** und **Vorgänge**. Die ersteren brauchen nicht immer Ausgangszustände abgelaufener Krankheiten zu sein, sondern können auch angeboren sein; sie haben den krankhaften Vorgängen gegenüber etwas Feststehendes, während diese fortschreitende Bestandtheile zeigen. Verwischt kann dieser

Unterschied zuweilen dadurch werden, dass die geistigen Störungen in einem sehr langsamen Tempo verlaufen, und dann schon einen krankhaften Zustand vortäuschen, wo noch ein langsamer Fortschritt der Krankheitserscheinungen stattfindet. Auch bleibt immer zu bedenken, dass jedes, auch das gesunde geistige Leben in einer langsamen Entwicklung verläuft; es kann daher der Vorgang des Lebens selbst den krankhaften Vorgang gleich mit sich bringen; diesen besondern Vorgang pflegt man als Entartung zu bezeichnen. Es kann sich daher auch der von Geburt an vorhandene schwachsinnige Zustand zu einem krankhaften Vorgang aus den innern Lebensbedingungen eines Individuums entwickeln. Einem solchen angeborenen krankhaften Zustand kann man dann den erworbenen entgegenstellen, der als Rest einer voraufgegangenen Geisteskrankheit geblieben ist.

Der **Beginn der Erkrankung**, einerlei ob aus einem schon vorhandenen angeborenen Zustande oder aus voller Gesundheit heraus, ist nicht nur wegen der Aehnlichkeit mit den Lebenserscheinungen des Gesunden schwer festzustellen, sondern besonders wegen der gewöhnlich und vorwiegend langsamen Entwicklung der Krankheit. Das Bedürfniss aber, eine Erklärung der Erscheinungen zu finden, die den Zeugen derselben tief bewegt, drängt ihn gewöhnlich dahin, die ersten Zeichen des Irreseins irgend einem schweren Umstande aus dem Leben des Kranken zuzuschieben, obwohl es sich oft nur um ein zufälliges Zusammentreffen handelt oder das beschuldigte Ereigniss nur ganz einfach den Ausbruch einer Krankheit beschleunigt hat, die nur auf eine Gelegenheit wartete, um sich in ihrer ganzen Heftigkeit zu zeigen. Fast nur bei den erblich Belasteten brechen die Erscheinungen zuweilen mit einer plötzlichen Heftigkeit hervor. Wir müssen also daran festhalten, dass der Beginn einer Geisteskrankheit in der Regel ein allmälicher ist und sich **mit Vorboten** zu entwickeln pflegt. Es gibt ja auch nur wenige Ursachen, die rasch eine durchgreifende Störung in den Centralorganen der geistigen Thätigkeit hervorzubringen vermögen; man denke dabei an die rasche Wirkung des Alcohols im Rausch, an Schreck, acute fieberhafte Erkrankungen; meistens können nur nach und nach einwirkende Ursachen zu einer stetigen Wirkung gelangen, die dann die Veränderungen mehr und mehr hervortreten lässt.

Die ersten Veränderungen, denen der Geisteszustand zu unterliegen pflegt, beziehen sich vorzugsweise auf die feinern Regungen des Gefühlslebens, auf Moral und Charakter. Geschmack und Gewohnheiten verändern sich, ebenso Neigungen und Wünsche. Die Erkrankenden sind in erregter oder gedrückter, oft schwankender

und reizbarer *Stimmung*. Sie fühlen sich von einem *unbestimmten Krankheitsgefühl* ergriffen, das sie nicht zu erklären wissen. Allmälich wächst diese schmerzhafte Grundstimmung, sie werden ängstlich und gewinnen immer deutlicher die traurige Vorahnung des drohenden Scheiterns ihrer Vernunft. Bald sind es nicht allein mehr diese schmerzhaften Störungen, die sie erdulden, sondern es kommen dazu plötzliche Anfälle von Verzweiflung und unter Umständen *Neigung zum Selbstmord*. Dabei ändern sich der *Gesichtsausdruck* und das Mienenspiel; ein unwiderstehlicher *Drang zur Bewegung* ergreift sie, rastlos und zwecklos irren sie umher, nirgends finden sie Ruhe oder Wohlsein. Oder es drängt sie zu klagen und ihre Leiden zu übertreiben. Sie sagen, ihre Gedanken seien fort, sie könnten sie nicht mehr ordnen; niemals könnten sie wieder gesund werden, der Tod sei ihnen sicher. Andere klagen über den Verlust des *Gedächtnisses*, alle ihre Gedanken beschränken sich auf den engen Kreis des Uebels, das sie beherrscht, mehr und mehr ziehen sie sich zurück von den wirklichen Dingen des Lebens und entwickeln in sich einen abgeschlossenen *Egoismus*. Es können diese Vorläufer als Zerstreutheit, Gleichgültigkeit oder auffallende Geschäftigkeit Wochen, Monate, ja sogar Jahre lang der eigentlichen Krankheit vorauslaufen. Es ist daher dies undeutliche Gefühl allgemeinen Unbehagens, geistiger Ermattung und Unlust, durch das der Kranke selbst beunruhigt wird, geeignet, schon früh die Aufmerksamkeit des Hausarztes auf die drohende Gefahr hinzulenken. Später gesellen sich zu jenen ersten geistigen auffallende *körperliche* Störungen. Zu den wichtigsten gehört die des *Schlafes*; entweder treten schreckhafte Träume in ihm auf, unterbrechen ihn, machen ihn unruhig und ungenügend zur Erholung, oder er fehlt gänzlich. *Kopfschmerzen* und *Schwindel* sind oft quälende Erscheinungen. Der *Appetit* verliert sich, die *Verdauung* wird erschwert, hartnäckige Verstopfung quält den Kranken heftig, und schliesslich ergreift ihn eine schnelle Abmagerung oft plötzlich. Die Beachtung gerade dieser Vorboten ist von der grössten Wichtigkeit, da ihre Bekämpfung die Möglichkeit bietet, den Ausbruch der Psychosen zu verhüten; dabei wird der scharf beobachtende Arzt immer wieder finden, dass im Gegensatz zu den Anschauungen der Laien, die die Krankheit als eine plötzlich ausgebrochene hinstellen, die ersten Anfänge meistens viel weiter zurückliegen. Die Beobachtungen der Umgebung des Kranken über den ersten Zeitpunkt, an welchem sie Veränderungen beobachtet haben will, sind in der Regel durchaus unzuverlässig. Das Urtheil ist für die Angehörigen so schwer, weil die sich langsam entwickelnden Formen des Irreseins

nicht mit inhaltlichen Störungen des Vorstellungslebens, Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen zu beginnen pflegen, sondern mit den berührten Störungen der Stimmung, der Affecte und Triebe. Die allmäliche Umwandlung des früheren Charakters ist daher dem Laien noch am Auffälligsten. Im weiteren Verlauf, aber ohne dass schon eine völlig entwickelte Krankheit vorzuliegen braucht, treten als deren Vorboten auch das Gefühl *verlangsamten* und erschwerten *Denkens*, *Zwangsvorstellungen* auf; weitere Störungen im Inhalt des Vorstellens erscheinen als peinliche oder überraschende Gedankenverbindungen frühzeitig in den Träumen der Kranken. Die besondere Art der sich ausbildenden Krankheitsform ist selten aus den genannten Erscheinungen vorauszusagen, obwohl vielfach der spätere Depressions- oder Exaltationszustand seine entsprechenden Vorboten hat.

Indessen wenn sich die schweren *organisch* begründeten Formen des Irreseins entwickeln, besonders die paralytische Seelenstörung, so haben die Vorboten häufig eine etwas von der beschriebenen verschiedene Natur. Es sind Zeichen *geistiger Schwäche*, die schon sehr frühzeitig hervortreten; geistige Arbeit wird rasch unmöglich, geistige Ermüdung ist bald eingetreten, die Gedächtnisslücken sind höchst auffallend. Die Auffassung neuer Eindrücke ist verlangsamt und erschwert; deutliche Schwäche des Urtheils pflegt nicht lange allein zu bleiben, namentlich Abnahme, ja auch völliger Verlust der moralischen und ethischen Gefühle und Beurtheilung sittlicher Handlungen, Steigerung zu unüberlegten Thaten kommen dazu. In Folge von Ueberschreitungen der Sitten- und Strafgesetze werden bei diesen Kranken die Augen der Umgebung oft schon früher geöffnet, um so mehr wenn äussere Gründe in der Lebenslage die Diebstähle, Verschwendung oder z. B. gemeine sexuelle Angriffe nicht erklären können. Endlich wird die Befürchtung des Arztes dann rasch zur sichern Erkenntniss, wenn motorische Störungen besonders der Sprache und der Innervation der Gesichtsmuskulatur hervortreten, die bei der Schilderung der Dementia paralytica eingehend berücksichtigt werden müssen. Bei einigen zukünftigen Paralytikern beobachtet man zuweilen eine grosse Steigerung geistiger Regsamkeit ohne sonstige Störung oder Schwäche der geistigen Thätigkeiten; sie sind thätig, unternehmend, beweisen Eigenschaften und Fähigkeiten, von denen sie bis dahin nie einen Beweis gegeben hatten, und handeln in ganz entgegengesetzter Weise zu früheren Gewohnheiten. Hierin liegt dann das Auffallende, aber der Grad des Umschwunges ist bei zukünftigen Paralytikern schon lange vor dem Ausbruch der eigentlichen Krankheit ein grosser und übertrifft dadurch die Vorboten anderer Erregungszustände.

Wie schon erwähnt wurde, ist der eigentliche Beginn der geistigen Störungen entweder plötzlich oder allmälich. Die meisten rasch vorübergehenden Geistesstörungen, wie febrile und postfebrile Psychosen, Rauschzustände, Irresein der Gebärenden und Neuentbundenen zeichnen sich durch **plötzlichen Beginn** aus; sodann beginnen Psychosen plötzlich, die sich an heftige Gemüthsbewegungen, Schädelverletzungen, Erhängungsversuche, Kohlenoxydvergiftung anschliessen. Sie pflegen auch nach erreichter Höhe der Krankheit rasch zu verlaufen, aber auch unter grosser Heftigkeit der Erscheinungen. Ebenso wie der Eintritt ein rascher war, der Anstieg zur Höhe ohne Schwankungen verlief, zeichnet eine plötzliche Lösung des Anfalls mit sofortiger Wiederherstellung des früheren Geisteszustandes diese Psychosen aus. Solche kurz und heftig verlaufende Zustände sind als transitorisches Irresein beschrieben worden. Bezeichnend ist auch die tiefere Störung des Bewusstseins für die ganze Dauer des Anfalls mit späteren bedeutenden Gedächtnisslücken. Die tiefe Bewusstseinsstörung beruht wie die andern schweren Reizerscheinungen — Sinnestäuschungen, Angst, psychomotorische Erregungsvorgänge — auf Veränderungen des Blutkreislaufes. Manche Fälle des Irreseins verlaufen in dieser transitorischen Weise; einzelne Male sind sie sogar in einigen Stunden abgelaufen, gehen dann in der Regel durch einen tiefen Schlaf in Genesung über, und bildet später die Zeit des Anfalls eine förmliche Lücke im Gedächtniss. So gefährlich solche kurze Aufregungs- und Angstzustände für die Umgebung werden können, so bieten sie doch dem Befallenen verhältnissmässig gute Aussichten, insofern sie sich rasch und ganz wieder zu verlieren pflegen. Dieser günstige Verlauf des einzelnen Anfalls trifft auch pathologische Affectzustände und Alcoholexcesse.

Demgegenüber kommt den sich **schleichend entwickelnden** Geistesstörungen häufig ein langsamer Verlauf zu, besonders mit dem Auftreten von Wahnvorstellungen und Sinnestäuchungen, die sich befestigen. Hat nun eine Psychose, besonders eine chronisch sich entwickelnde, sich zur vollen Höhe ausgebildet, so kann sie lange Zeit auf ihr bleiben, d. h. **continuirlich** verlaufen. Aber in der Regel zeigt sich bald ein Nachlass in der Stärke der Erscheinungen, ja nicht selten ihr völliges Zurücktreten, eine Remission oder Intermission. Namentlich so lange noch Affecte die Störung begleiten, sind diese Schwankungen sehr auffällig. Eine praktisch sehr wichtige Thatsache ist es, dass fast in der Regel ein Wechsel der Umgebung oder des Ortes solche Remission mit sich führt, und darf man sich durch diese Erscheinung nicht täuschen lassen und eine frühzeitige

Heilung verkünden, da eine neue Steigerung nach kurzer Zeit auch unter den neuen Verhältnissen wieder zu erwarten ist. Wir müssen uns auch hier wieder erinnern, dass schon unter physiologischen Verhältnissen Schwankungen der Stimmung nichts Seltenes sind, abhängig von den verschiedenen Tagesstunden, Mahlzeiten oder gewissen sexuellen Leistungen des Körpers; um so mehr treten diese Einflüsse wie z. B. der Einfluss der Menstruation bei manchen geistig Gestörten hervor. Wenn die Krankheitserscheinungen in den Zwischenzeiten ganz zurückweichen, so spricht man wohl von einem *freien Intervall* (lucidum intervallum).

Aber auch viele äussere Einflüsse können Remissionen im Verlauf chronischer Psychosen zu Stande bringen. Zuweilen steigert das Frühjahr, verringert der Herbst die Krankheitserscheinungen. Grosse Kälte und Hitze können ähnlich wirken; zuweilen sieht man in den Irrenanstalten bei plötzlich eintretender Hitze eine sehr grosse Zahl an den verschiedensten Formen Erkrankter in heftige Aufregung gerathen, die vielleicht nach einem Tage wieder verschwunden ist.

Die *Remissionen* sind *zuweilen so vollständig, dass sie über die Fortdauer der Krankheit täuschen können.* Viele chronische Kranke haben in den ruhigen Zeiten soviel Selbstbeherrschung, dass sie ihre Wahnvorstellungen völlig beherrschen können. Es gibt Maniakalische, die für den Augenblick aufhören, irre zu reden, so dass man glauben könnte, sie seien auf dem besten Wege zur Genesung, wenn nicht ihre Theilnahmlosigkeit und Gleichgültigkeit gegen fremde Interessen, der Mangel an Schlaf und die Abwesenheit anderer der Genesung günstiger körperlicher Zustände, den Beweis lieferten, dass sie noch weit davon entfernt sind. Gewisse Melancholiker können ihr Irresein verschliessen und ihren Trieb zum Selbstmord verhehlen bis zu dem Tage, wo sie verfrüht ihre Freiheit erhalten und sich beeilen, ihr trauriges Ziel zu erreichen.

Diese Nachlässe können im Laufe des Irreseins entweder nur einige Stunden dauern oder sich über Jahre hinaus verlängern. Es gibt darüber keine bekannte Regel. Immerhin kann man sagen, dass die Remissionen um so länger sind, als die geistige Störung einen chronischen Anstrich hat und je weniger Aussichten auf völlige Genesung sie bietet. Die sich entwickelnden freieren oder ganz freien Zwischenräume können von sehr verschiedener Dauer sein; sie können Wochen, Monate und Tage dauern. Bei abfallender Erregung treten sie häufiger, wenn auch nur kurz und flüchtig auf, allmälich länger werdend, wenn sie sich der Zeit der völligen Genesung nähern. Auch die nähere Untersuchung der einzelnen Formen des Irreseins wird uns zeigen,

dass Remissionen, die freien Intervallen nahekommen, nichts Seltenes sind.

Es gibt nun aber noch eine sehr wichtige Klasse von Psychosen, bei denen ein regelmässiger Wechsel krankhafter und verhältnissmässig gesunder Zustände typisch und kennzeichnend ist, bei denen der remittirende Verlauf immer zu zeitweiligen, fast völligen Intermissionen, zu fast völligem Aufhören krankhafter Erscheinungen führt; es sind dies die **periodischen** Psychosen. Die einzelnen Perioden können Tage, Wochen, Monate, ja selbst eine Reihe von Jahren dauern, ohne dass die Dauer der Zwischenräume eine immer feststehende ist. Trotz einer gewissen Einsicht in das Krankhafte jener Vorgänge können solche Personen aber auch in den Intervallen nicht als geistig gesund gelten, wie an anderer Stelle ausgeführt ist. In dieser Klasse der Psychosen muss man zwei grosse Gruppen wegen der verschiedenen Art des Verlaufes unterscheiden, diejenige der periodischen im engern Sinne und die der cyklischen oder **circulären**. Bei den letzteren sehen wir einen Abschnitt der Depression mit einem solchen der Exaltation nach bestimmten Gesetzen wechseln. Gewöhnlich ist dieser Wechsel schon von den Tagen der Kindheit her angedeutet, und sind von dieser Form der Psychose fast immer nur erblich Belastete befallen oder Personen, deren geistige Leistungen überhaupt minderwerthige geworden sind durch allgemeine Schädigung ihrer gesammten Konstitution. Die vollen Krankheitsbilder treten indessen gewöhnlich nur in der Anstalt auf, da die schweren und heftigen Erscheinungen den Aufenthalt in ihr fordern. Aber man erkennt dann auch am Sichersten, dass nicht äussere Schädlichkeiten, die eben in der Anstalt fehlen, sondern im eigenen Körper sich entwickelnde Ursachen den periodischen oder circulären Verlauf bedingen. Hier, wo das einzelne Krankheitsbild nicht durch äussere Einflüsse verwischt wird, sieht man, wie sich die einzelnen Abschnitte völlig gleichen, man hat in etwas übertreibender Weise gesagt, mit photographischer Treue; namentlich scheint diese Aehnlichkeit eine sehr grosse im Beginn von periodischen Erregungszuständen zu sein, so dass auch in milderen Fällen die Erkenntniss dieser Verlaufsform frühzeitig nahegelegt werden könnte. Gerade solche Fälle bietet die Privatpraxis nicht selten; jedenfalls ist die Kenntniss des periodischen oder circulären Verlaufes mancher Psychosen für den praktischen Arzt wichtig, insofern z. B. die Kenntniss eines oder doch mehrerer Cyklen in einem bestimmten Falle die Vorsichtsmassregeln gegenüber den weiter zu erwartenden vorschreiben wird. Denn leider tragen diese Zustände das Zeichen böser Vorbedeutung an der Stirn, insofern sie durch das ganze Leben hin-

durch zu bleiben pflegen. Ein langes freies Intervall oder ein langer, nur leicht deprimirter Abschnitt täuschen indessen nicht selten Heilung vor, auch sind die Betroffenen während dieser Zeit zuweilen völlig leistungsfähig. Da wir die Wiederkehr dieser Zustände nur aus Vorgängen ableiten können, die im Innern des Kranken selbst sich abspielen, so thun wir gut, dabei nicht von Rückfällen oder Recidiven zu sprechen, sondern diesen Namen auf solche Formen des Irresinns zu beschränken, bei denen die neue Krankheit immer nur als eine Folge von Aussen hinzutretender, neuer Schädlichkeiten anzusehen ist. Namentlich die durch Alcohol bedingten Psychosen sind Vertreter solcher eigentlichen Rückfälle oder Recidive.

Während im Ganzen das Auftreten der verschiedenen Abschnitte periodischer Psychosen in den verschiedensten Zeiträumen möglich ist und auch im einzelnen Falle die Länge der Wiederholungen oft eine sehr verschiedene ist, zeigt sich doch noch häufiger die Aehnlichkeit der Anfälle darin, dass sie sich auch zeitlich sehr gleichen. In ganz seltenen Fällen wird man durch die Regelmässigkeit dieses Auftretens zu der Vermuthung gedrängt, dass infectiöse Ursachen wie bei der Malaria vorliegen könnten; ja es ist sogar festgestellt, dass einige Male eine vorausgegangene Erkrankung an Wechselfieber späteren Paroxysmen den zeitlichen Typus ihres Ablaufs aufprägte; solche alternirende Psychosen laufen eine Zeitlang nach tertianem oder quartanem Typus ab. Aber auch sie pflegen allmälich in anderen Intervallen aufzutreten, und der spätere Verlauf lässt den ursprünglichen, von Aussen aufgezwängten Typus nicht mehr erkennen. Ueberhaupt ist es zweifellos, dass viele periodische Psychosen, einerlei ob sie Tage, Wochen oder Monate und Jahre für den Ablauf ihrer einzelnen Abschnitte bedürfen, im Ganzen auch einen zum Schlechteren fortschreitenden Verlauf nehmen.

Auf der gleichen Höhe bleibt die einmal entwickelte Krankheit selten. Hierher gehören z. B. die nicht häufigen Formen des sogenannten constitutionell affectiven Irreseins, welches bei weiblichen Personen vorkommt und auch in periodischer Form auftritt. Viel häufiger ist auch sonst bei periodischen Psychosen, besonders aber bei einfachen geistigen Störungen, die nicht in Genesung übergehen, und bei den schweren, auf organischer Grundlage sich entwickelnden Psychosen eine gleichmässigere oder schubweise Zunahme der Erscheinungen, mit Neigung zu geistiger Schwäche. In gewissem Grade trifft eine früher für alle Psychosen von älteren Irrenärzten behauptete Regel sicher auch für unsere jetzige Beobachtung zu, dass nämlich nach anfänglicher gedrückter Stimmung, Aufregung für längere Zeit

die Scene beherrscht, schliesslich durch geistige Schwächezustände hindurch Blödsinn sich entwickelt.

Verwischt wird die Erscheinung des Verlaufes nur selten dadurch, dass zu einer vorhandenen Geistesstörung anderweitige Formen des Irreseins hinzutreten und die Erkenntniss verwickeln können. Es sind selbstverständlich nicht die wechselnden Zustandsbilder der eben besprochenen Psychosen gemeint, sondern der **gleichzeitige Ablauf mehrerer Krankheitsformen,** wie z. B. Melancholie neben früherem angeborenen Schwachsinn, menstruales Irresein oder Dementia paralytica bei originärer Verrücktheit, das Hinzutreten von alkoholisch bedingten Formen des Irreseins zu einfachen Seelenstörungen. Die Kenntniss dieses allerdings ziemlich seltenen Vorkommens ist wichtig, da das Urtheil über den wahrscheinlichen Verlauf beide Formen der Combination zu beachten haben wird.

Am häufigsten finden sich **Schwankungen** zum Bessern oder Schlimmern in der Zeit des **Abklingens heilbarer** Psychosen. Zuweilen wird dies Zurückschwanken zum gesunden Zustand beschleunigt durch den Einfluss einer heftigen Fiebererkrankung, wie z. B. durch einen Typhus. In der Regel verlieren sich sonst zuerst die Zeichen der gemüthlichen Erregung. Der Tobsüchtige wird ruhiger, der Melancholische freier, Zeichen der wieder erwachenden Theilnahme an der Aussenwelt stellen sich ein. Anfangs besteht diese Besserung vielleicht nur für ganz kurze Zeit, Tage oder Stunden, um einem abermaligen Hervortreten der Krankheitserscheinungen bald wieder zu weichen. Wechselnd beobachtet man bessere und schlechtere Tage, bis allmählich die Nachlässe ausgiebiger und länger werden, und schliesslich nur noch leichte Verschlimmerungen bei besonderen Anlässen den fortschreitenden Gang zur völligen Genesung unterbrechen. Auch wenn die intellectuellen Störungen sich schon längere Zeit gänzlich ausgeglichen haben, pflegt aber doch noch längere Zeit das gemüthliche Gleichgewicht ein schwankendes zu bleiben. Immerhin aber sind schon viel deutlicher Eigenschaften der früheren gesunden Persönlichkeit zu erkennen; wenn Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen sich noch wieder vordrängen, werden sie bald als solche erkannt und darum nicht mehr Ursachen falscher Handlungen. Besonders aber erinnern Gesichtsausdruck, Sprache und äussere Erscheinung wieder an den normalen Zustand; auch Schlaf und Appetit stellen sich wieder ein, und mit dem Hervortreten des Krankheitsgefühls und der Einsicht in das Krankhafte früherer Handlungen pflegt meistens der Uebergang zur völligen Genesung angedeutet zu werden.

Dass die **Dauer geistiger Störungen** in den weitesten Grenzen schwankt, haben die vorhergehenden Auseinandersetzungen schon zur Genüge gezeigt. Gewisse transitorische Formen dauern nur Stunden oder Tage. Die meisten einfachen Seelenstörungen, die in Genesung übergehen, dauern durchweg mindestens einige Wochen, verlängern sich aber gewöhnlich durch mehrere Monate. Wo die Entstehungsbedingungen der Krankheit im eigenen Körper liegen, da ist die Dauer durch das ganze Leben hindurch häufiger; je mehr sie von äusseren Einflüssen abhängig ist, je rascher und vorübergehender deren Wirkung, desto kürzer ist meistens die Dauer der Psychose. Jahrelange Dauer ist etwas nicht seltenes, ohne dass dadurch die Möglichkeit der Genesung ganz ausgeschlossen ist. Es ist sehr wichtig, sich darüber klar zu sein, dass Psychosen im Allgemeinen eine beträchtlich längere Dauer, als durchschnittlich körperliche Krankheiten haben; es ist dies so wichtig zu wissen, weil man als Arzt sich selbst und die Umgebung sowie unter Umständen den Kranken frühzeitig mit Geduld wappnen soll.

Die im Vorstehenden schon mehrfach berührten **Ausgänge des Irreseins** bedürfen noch in einigen Richtungen einer ergänzenden Darstellung. Der **Uebergang zur Genesung** vollzieht sich zuweilen unter gleichzeitigem Wiedereintreten einiger während der Krankheit abgeschwächter oder verschwundener organischer Functionen. Schweiss, Speichel, Thränen, Menstruation sind in dieser Weise Begleiter der Reconvalescenz. Selten ist ein günstiger Einfluss örtlicher Entzündungen, wie Abscesse, Beulen, Parotiten, Lungenentzündungen, Infectionskrankheiten ihn mit sich führen können. Eine eigentliche Krisis, in dem Sinne, dass mit dem Verschwinden einer die Psychose veranlassenden andern Krankheit, z. B. eines Magenleidens, auch die geistige Störung rasch beseitigt ist, sieht man nicht oft. In den meisten Fällen ist also die Genesung eine allmäliche, und kann erst als eine volle angesehen werden, wenn die geistigen Vorgänge überall wieder angeknüpft haben an die gesunde Vergangenheit, und die wiedergewonnene frühere psychische Persönlichkeit die Herrschaft über den vor der Krankheit erworbenen Erfahrungsschatz wieder übernommen hat.

Jede Psychose, die sich nicht bessert, geht in einen **chronischen** Zustand über. Verfall geistiger Thätigkeit und Fähigkeiten, Abschwächung heftiger Erscheinungen gehen einher mit dem Eintritt ruhigen Schlafes, regelmässiger Verdauung und zunehmenden Körpergewichts. Dabei wird der Kranke gleichgültiger gegen seine Umgebung; dieser Zustand kann dann noch ein vorübergehender und zur Genesung neigender sein, wenn die Gleichgültigkeit und geistige Schwäche Folgen gei-

stiger Erschöpfung sind; wenn aber äussere Besonnenheit und der Wiedereintritt der Eigenschaften der früheren geistigen Persönlichkeit nicht Schritt halten mit der körperlichen Erholung, so ist die Genesung unwahrscheinlich. Spricht man dann von einer unvollständigen Genesung oder einer Besserung, einer Heilung mit Defect, so darf man nicht vergessen, dass diese Ausdrücke wohl grossen Werth gegenüber den Kranken und ihren Angehörigen haben, dass aber der Arzt und noch mehr der Richter, wenn seine Ansicht in Betracht kommt, diese Kranken nur als nicht genesen ansehen kann. Auch noch in einer anderen Beziehung ist die Frage nach der Genesung in verschiedener Weise zu beantworten. Bei den zu geistiger Störung, z. B. durch Erblichkeit, veranlagten Menschen kann eine Psychose durch äussere Schädlichkeiten hervorgerufen sein und glücklich verlaufen; sieht man nun mit Recht als das wichtigste Erforderniss einer jeden Heilung die Entfernung der Krankheitsursachen an, so ist diese Bedingung hier nicht erfüllt. Der Arzt wird Anlage und Krankheit aber trennen und eine Genesung annehmen, wenn ihm auch klar ist, dass die abgelaufene Krankheit jene Veranlagung steigern kann; sie muss es aber nicht nothwendig thun, und es gibt sicher neuropathisch angelegte Naturen, bei denen eine abgelaufene, in Genesung übergegangene Psychose die Wiedererkrankung nicht wahrscheinlicher macht, als bei von Haus aus nicht belasteten Personen. Die periodischen Psychosen darf man indessen nicht in diesen Gesichtskreis bringen, da bei ihnen eine völlige Genesung in den Zwischenräumen der Anfälle niemals eintritt.

Den vorhin angegebenen Ausgang in **unvollständige Genesung** oder Besserung bezeichnet man, wenn die Reste der abgelaufenen Krankheit deutlicher sind, als secundären psychischen Schwächezustand oder erworbenen Schwachsinn. Solche Kranke können im Schutze einer Anstalt ruhig fortleben; der Versuch einer Entlassung schlägt aber bei ihnen leider nur zu oft fehl, da die ungewohnt gewordenen Anforderungen im Leben der Aussenwelt das schwankende Gleichgewicht rasch ins Stürzen bringen. Doch kommt viel auf die äussern Umstände an. Ist die Häuslichkeit eine glückliche, sind die pecuniären Verhältnisse günstige und die äussere Lebensstellung eine gesicherte, so kann der Kranke vielleicht auch wieder in das Leben zurückkehren und in geordneten Verhältnissen leidlich seine Stellung ausfüllen; schwierigen Lagen und drängenden Entscheidungen ist er aber nicht mehr gewachsen. Im Kreise ganz geläufiger, durch Uebung sehr befestigter Vorstellungen und Gedanken bewegt sich der Kranke noch wie früher, aber Neues zu verstehen, zu ersinnen wird ihm schwer,

und wo es gelingt, vergisst er die Ergebnisse dieser für ihn mühevollen geistigen Thätigkeit rasch wieder. Aber auch in den scheinbar mildesten Formen des erworbenen Schwachsinns bemerkt man stets eine gewisse Gedächtnisschwäche, die sich z. B. in Nachlässigkeiten und Saumseligkeiten jeder Art zu erkennen gibt. Ferner hat die Beweglichkeit der Gefühle sehr abgenommen. Unsauberkeit und Unordnung treten in der äussern Erscheinung hervor. Taktlosigkeiten im Benehmen, Reizbarkeit, zügellose Hingabe an heftige Affecte fallen oft auf.

Unmerkliche Uebergangsstufen von diesen Schwächezuständen führen in der langen Reihe der verschiedenen Ausgänge des Irreseins zu völligem psychischen Verfall und zur **Verblödung**. Der allmälich zunehmende, der Zeit nach rückwärts schreitende Verlust des Gedächtnisses kennzeichnet diesen Verlauf. Lange bewahrt der Kranke noch die Erinnerung für vergangene Zeiten, am Längsten für die ehemals erworbenen mechanischen Fertigkeiten. Er kann musiciren, Handarbeiten machen, sein Handwerk treiben, Karten, selbst Schach spielen; später verschwindet Alles. Natürlich vollzieht sich dieser Vorgang der Verblödung, je nach der Form der Geistesstörung, welche er abschliesst, in verschiedener Weise und namentlich in sehr verschiedenen Zeiträumen.

Die einfachen Formen des Irreseins hindern nicht daran, lange zu leben; es gibt in den Irrenanstalten Patienten, die Jahre lang, bis 50 Jahre und darüber leben und dadurch zuweilen die gewöhnlichen Grenzen des menschlichen Lebens überschreiten. Doch ist die **Sterblichkeit** der Irren, auch in den Anstalten, im Ganzen beträchtlich höher als in der geistig gesunden Bevölkerung; es ist überhaupt auch die Leichtigkeit, einer Reihe von bestimmten **körperlichen Erkrankungen** zu verfallen, grösser bei ihnen als bei Geistesgesunden auf gleicher Altersstufe. Dies ist dadurch bedingt, dass die geistige Störung zu Unregelmässigkeiten der Ernährung, der Lebensweise Anlass gibt, tiefere Ernährungsstörungen und allgemeinen Blutmangel mit sich führt, die Kranken unempfindlicher gegen manche äussere Schädlichkeiten macht und sie dadurch veranlasst, sich diesen, namentlich Erkältungen mehr auszusetzen. Ungenügende Athmung und körperliche Bewegung wirken weiter schädlich. Werden die Irren nicht in Anstalten verpflegt, so werden sie oft vernachlässigt, namentlich in Armenhäusern; die Ueberfüllung der Irrenanstalten kann dagegen unter Umständen wieder andere schädliche Momente mit sich führen, z. B. beim Auftreten von Epidemieen ist die Sterblichkeit der ergriffenen Geisteskranken eine grosse. Die Häufig-

keit der Tuberculose muss man auch auf das enge Zusammenleben, oft in beschränkten Räumen, zurückführen. Andererseits schützt natürlich die Anstalt vor dem Befallenwerden durch manche Krankheiten, denen der Gesunde durch Beruf und Verkehr ausgesetzt ist. Im Ganzen aber ergibt trotzdem die Zusammenstellung aller berührten verschiedenen Erkrankungs- und Todesarten eine Uebereinstimmung mit der feststehenden Erfahrung grösserer Sterblichkeit der Irren im Vergleich mit der geistig gesunden Bevölkerung; der Hauptantheil fällt entschieden dabei der Lungenschwindsucht zu. Von einem gewissen Einfluss ist jedenfalls auch die häufige eigenthümliche Schwierigkeit etwaige Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Entweder macht die Bewusstseinsstörung oder die Gleichgültigkeit der Kranken die rechtzeitige Erkennung, selbst schwerer und fieberhafter Erkrankungen vom Zufall abhängig, so dass die etwa günstige Behandlung oft nicht ausgeführt wird. Insofern als auch Schmerzäusserungen häufig fehlen, sind die Schwierigkeiten in der Erkennung von Krankheiten der Brust- und Bauchorgane zuweilen bei Geisteskranken noch grösser als bei Kindern.

Unter den einzelnen **Todesursachen** kommt zuerst die geistige Erkrankung selbst in Betracht; denn der Krankheitsvorgang, von dem die geistige Störung ein so hervorragendes Zeichen ist, kann zum Tode führen. Am Deutlichsten tritt dieser Zusammenhang zu Tage zwischen der paralytischen Seelenstörung und der ihr zu Grunde liegenden diffusen, chronischen Erkrankung der Hirnrinde. Die fortschreitende Lähmung der nervösen Centralorgane führt hier den tödtlichen Ausgang entweder durch paralysirende Anfälle herbei, oder durch Vermittlung von Wundliegen, Verschlucken, schwere Verletzungen u. dgl. m. Geschwächte Herzthätigkeit und unvollkommene Athmung lassen bei Paralytikern und andern chronischen Irren Lungenentzündungen auftreten, die ungefähr eine ähnliche Zahl von Opfern erfordert wie die Lungenschwindsucht. Besonders blutarme und durch die ganze Erkrankung ihres Centralnervensystems geschwächte, marastische Kranke, verfallen diesen dann meist mit Hypostasen verbundenen Pneumonieen; die central bedingten Lähmungen des Gefässsystems führen bei solchen Pneumonieen meistens auch rasch zum Tode. Blödsinnige Kranke ziehen sich durch Verschluckung unverdaulicher Sachen, wie Zeugfetzen, Stroh, Holzsplitter, Steine, Scherben, durch Koth u. s. w. Darmkatarrhe zu, die einen schnellen Verfall ihrer Kräfte bedingen können. Unreinlichkeit bei leichten Verletzungen unterstützt die Bildung ausgebreiteter Furunculose, an die sich dann nicht selten Erysipele und andere Entzündungen anschliessen;

alle diese Erkrankungen sind um so gefährlicher als sie oft zusammentreffen mit allgemeiner Schwäche des Blutkreislaufes. Schliesslich sind noch die zahlreichen chirurgischen Leiden zu erwähnen, denen die Kranken durch Selbstbeschädigung oder Verletzung durch Andere ausgesetzt sind, die wegen der Unmöglichkeit einer regelrechten Behandlung bisweilen als Todesursachen bei Geisteskranken hervortreten; bei vielen Kranken, namentlich paralytischen ist eine unterstützende Veranlassung die bedeutende Brüchigkeit ihrer Knochen. Man findet bei ihnen eine starken Schwund der Kalksalze, besonders an den Rippen; geringfügige Stösse genügen dann zur Entstehung von Rippenbrüchen, die bei der Gleichgültigkeit der Kranken dann nicht selten auch Rippenfellentzündungen hervorrufen. Die schwersten Selbstbeschädigungen endlich entstehen durch die Neigung zum Selbstmorde, dieser verderblichsten Erscheinung des Irreseins, die namentlich ausserhalb der Anstalten zahlreiche Todesfälle bewirkt. Wenn ein Drittel aller Selbstmorde überhaupt durch Geisteskrankheit bedingt ist, so gelingt es in Anstalten zwar durch sorgfältige Ueberwachung den grössten Theil zu verhindern, aber die schlechtere Beaufsichtigung in häuslichen Verhältnissen erfordert immer zahlreiche Opfer. Namentlich wiederholte Selbstmorde in einer Familie lassen diese Gefahr sehr fürchten; hier tritt der Selbstmord triebartig ohne äussere Veranlassung in Erscheinung, nur begründet durch die krankhafte Anlage. Der Selbstmord ist dann meistens eine plötzliche That (Raptus melancholicus), kann aber auch erst nach langer Ueberlegung zur Ausführung kommen. Eine andere Art der Selbstbeschädigung ist hartnäckige Nahrungsverweigerung, die meistens verwickelt mit Magenkatarrh unter äusserster Erschöpfung den Tod herbeiführen kann. Andauernde Unruhe und Schlaflosigkeit allein führen seltener dazu, wenn nicht dieser oder jener der berührten Zwischenfälle dazu kommt.

B. Allgemeine Prognose.

Von weittragender Bedeutung für die Praxis ist es nun, die Regeln zu untersuchen, nach denen der Arzt eine Prognose über den wahrscheinlichen Verlauf, den Ausgang und die Dauer der Psychose stellen kann. Um die Beantwortung dieser Fragen drehen sich die Befürchtungen und Hoffnungen der Angehörigen, es schliessen sich an sie wichtige finanzielle Bestimmungen und sonstige Anordnungen, wie die Beantwortung der Frage nach der Fort-

führung des Geschäftes, der Pensionirung; die Behörden verlangen die Ansicht des Arztes über den Ausgang der Krankheit zu wissen wegen der etwa nöthigen Entmündigung von Beamten oder zur Feststellung der Unheilbarkeit in solchen Ländern, wo unheilbares Irresein als Ehescheidungsgrund gilt.

Zweierlei **Fragen** kommen bei der Prognose der psychischen Krankheiten in Betracht, einmal, **ob** der vorhandene Krankheitszustand **das Leben gefährdet,** zweitens, ob und in wie weit bei Fortdauer des Lebens eine Genesung zu hoffen sei.

Die Beantwortung der ersten Frage hängt oft mehr von der Anwesenheit anderweitiger körperlicher Krankheiten als von dem Stande des Gehirnleidens ab. Im Grossen und Ganzen aber haben wir eben erfahren, dass das Irresein die mittlere Lebensdauer bedeutend herabsetzt, besonders weil die Widerstandsfähigkeit gegen fieberhafte Erkrankungen durchweg geringer ist. Weiter sind anfängliche Ernährungsstörungen des Gehirns, die unter starken Gefässschwankungen verlaufen, geneigt, dauernde Gewebsveränderungen in ihm und in seinen weichen Häuten nach zich zu ziehen. Einige Formen geistiger Störung sind durch die sofortige Entzündung der Hirnrinde ausgezeichnet; unter ihnen steht an Gefährlichkeit obenan die paralytische Seelenstörung, die in der Regel nur eine ein- bis dreijährige, oft sogar noch kürzere Lebensdauer gestattet. Von ungünstiger Prognose sind dann die Aufregungszustände, denen ausgebreitete und anhaltende Blutüberfüllung des Gehirns zu Grunde liegt, die bei der Tobsucht oft noch schubweise Steigerungen zeigt. Die Hirnrinde kann in einzelnen Schichten rasch erweichen oder es können Blutergüsse einen schnellen tödtlichen Ausgang herbeiführen. Anhaltende motorische Unruhe und Schlaflosigkeit steigern die Gefahr plötzlichen Zusammenbrechens der Kräfte. Auch ein schnell entstehendes Gehirnödem kann unter solchen Umständen zur plötzlichen Todesursache werden. Je stürmischer der Verlauf und je frischer die Krankheit, um so grösser ist der Procentsatz der Todesfälle; natürlich unterliegen ältere und schwächliche Menschen am Leichtesten. In frischen melancholischen und Angstzuständen gehört eine lang andauernde Nahrungsverweigerung zu den lebensgefährlichen Ereignissen; in ihnen kommen auch Selbstmorde am häufigsten vor. Die Gefahr eines tödtlichen Ausganges ist also viel grösser im Beginn der Krankheit, bei einer frischen Manie oder Melancholie. Ist der Affect erloschen und geistige Schwäche eingetreten, so sinkt die Sterblichkeit beträchtlich: diese abgelaufenen Fälle gestatten an sich nicht nur eine lange Lebensdauer, besonders in der

geordneten und regelmässigen Lebensweise einer Irrenanstalt, sondern diese schützt und bewahrt ihre Kräfte geradezu.

Das Urtheil über die zweite prognostische **Frage, die nach der Heilbarkeit** des Irreseins, wird durch weit mehr besondere Umstände bestimmt, und erfordert weit mehr psychiatrische Kenntnisse und Erfahrungen. Die Prognose der Heilbarkeit ist schwer, eigentlich kann dabei nur von grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit gesprochen werden, denn es gibt keine untrüglichen Zeichen der Heilbarkeit, wie es andererseits im Anfange der Krankheit auch keine solchen für Unheilbarkeit gibt. Indessen ist die Ansicht ein Vorurtheil, dass die Prognose der Geisteskrankheiten im Allgemeinen nur eine traurige sei, denn die häufig noch ungünstigen Erfolge der Behandlung rühren heutzutage noch ebenso wie früher von der ungenügenden Erkenntniss der Psychosen her; sie gelangen daher meistens nicht rechtzeitig in die geeignete Behandlung. Leichtere Grade geistiger Störungen, namentlich Veränderungen der Stimmung gelangen aber oft gar nicht zur ärztlichen Feststellung und finden ihren günstigen Ablauf in der Pflege ihrer Familie; darum sind Zahlen über die Heilbarkeit ungenauer begründet, als bei andern Krankheiten, bei denen rechtzeitige und vollständige Kenntniss aller Fälle viel leichter zu gewinnen ist. Nach der Statistik der Irrenanstalten gestatten die frisch ausgebrochenen Geisteskrankheiten eine weit günstigere Prognose als die verschleppten; ungünstig ist fast immer ein Fall zu beurtheilen, dessen Dauer vor dem Eintritt in eine Anstalt schon eine beträchtliche war. Die häufigsten Genesungen (bis zu 60%) werden in den ersten Monaten der Krankheit erzielt, im zweiten Halbjahr nur noch etwa 20%, im zweiten Jahr höchstens 2—5%. Nur in sehr seltenen Fällen tritt Heilung nach vieljähriger Krankheitsdauer ein.

Aus dem Krankheitsverlauf gewinnt man wesentliche prognostische Zeichen; **periodische** Anfälle mit grösseren freien Zwischenräumen sind in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit völliger Genesung ungünstig zu beurtheilen, bieten aber andererseits alle Aussichten sich wesentlich zu bessern und freie Zwischenräume mit mehr oder weniger ausreichender Leistungsfähigkeit wieder zu gewinnen. Vielfach werden auch bei diesen Kranken, die Anfangs jedes Jahr, alle 3, oder sogar nur alle 7 Jahre in Irresein verfallen, mit der Zeit die freien Zwischenräume kürzer, die wiederholten Anfälle immer länger und schwerer, und die Prognose darum immer ungünstiger; das längere Bestehen eines Krankheitszustandes lässt immer fortschreitende Bestandtheile erkennen, die beim Fehlen äusserer Schädlichkeit auf

der inneren Entwicklung des Lebensvorganges im eigenen Körper des Kranken begründet sind. Bei den **anhaltenden** Fällen lässt eine allmäliche langsame Entwicklung der Krankheit meistens auch einen langsameren Verlauf und schwerere Heilbarkeit erwarten; ein plötzlicher Ausbruch ist für die Heilung günstiger. Umgekehrt sind plötzliche Genesungen bei längerer Dauer der Krankheit verdächtig, die langsam vorschreitenden Genesungen sind gewöhnlich haltbarer. Da die meisten Fälle allmälich entstehen, ist im Allgemeinen allmäliche Besserung mit Wiederkehr der alten Persönlichkeit das gewöhnliche Verhalten. Im Gegensatz zu dem regelmässigerem Wechsel periodischer Störungen gilt ein unregelmässiger Wechsel auch stürmischer Erscheinungen für günstiger als langes Beharren in einer Symptomengruppe; das deutliche Fortschreiten immer schwererer Erscheinungsreihen und das Auftreten systematischer Wahnvorstellungen sind Zeichen von sehr ungünstiger Vorbedeutung. Besonders bedenklich sind in dieser Beziehung anhaltende geschlechtliche Aufregungszustände, die meist in Blödsinn übergehen.

Als ein günstiges Zeichen für die Wendung einer heftigen Tobsucht darf man es ansehen, wenn vorübergehend nicht nur ein Nachlass der Erregung, sondern sogar ein Umschlagen in entgegengesetzte Richtung eintritt, wie Weinen oder doch gedrückte Stimmung; ein solches Schwanken leitet oft rasch in die Gleichgewichtslage zurück, kann aber auch noch nach häufigeren Wiederholungen zum guten Ziel führen. In allen Fällen aber ist es von bester Bedeutung, wenn bei eintretender Beruhigung und Klarheit die früheren Liebhabereien und Neigungen sich wieder einstellen, etwa verloren gegangenes Gefühl für ein gesittetes Benehmen sich wiederfindet, besonders aber auch wenn verwandtschaftliche Gefühle, Liebe zu den Angehörigen in alter Weise hervortreten; der Wiedergewinn dieser höchsten geistigen Leistungen auf ethischem Gebiete ist einer der wichtigsten Gradmesser für die sich einfindende Genesung.

Das wichtigste Merkmal wahrer Genesung ist die entschiedene Anerkennung der Krankheit als solcher durch den Genesenden, die klare **Einsicht in das Krankhafte** des nun abgelaufenen Zustandes, die unbefangene Würdigung der eigenen Lage nach allen Seiten; indessen ist eine gewisse Vorsicht bei der Beurtheilung dieser Erscheinung in zwei Richtungen nöthig; einmal ist die Möglichkeit einer absichtlichen Täuschung zu erwägen, (die bei Besprechung der Dissimulation näher betrachtet wird), zweitens

kann auch ein Verständniss für die krankhafte Natur der geistigen Störung ganz wohl bei einem Kranken bestehen, ohne dass Heilung zu erwarten ist. In manchen Fällen unheilbaren Irreseins ist eine derartige Selbsterkenntniss nicht selten; besonders bei Nachlässen der Krankheit, in den freieren Zwischenräumen periodischer Psychosen ist dies der Fall, wenigstens für einen Theil der krankhaften Erscheinungen. Der Werth der Krankheitseinsicht als prognostisches Zeichen liegt daher einerseits darin, dass das Fehlen klarer und voller Einsicht in die Krankheit die völlige Genesung ausschliesst, andererseits aber ihr Auftreten bei dem Nachlasse stürmischer Erscheinungen von sehr günstiger Bedeutung zu sein pflegt, obwohl es nicht berechtigt, mehr als eine wahrscheinliche Heilung vorauszusagen. Bei bestehender geistiger Schwäche findet man zuweilen die Krankheitseinsicht sich nachträglich entwickeln. Dauernder Mangel der Krankheitseinsicht deutet stets auf die Unmöglichkeit einer Berichtigung der während der Krankheit gesammelten Erfahrungen hin; schwierig fällt es den Genesenden in der Regel, die Sinnestäuschungen richtig zu beurtheilen, namentlich die leisen Bewegungsimpulse, die so viele Gehörstäuschungen begleiten, machen es lange Zeit für den Kranken fast unmöglich, das Physiologische bei diesem Vorgange zu erkennen und vom Krankhaften zu scheiden. Zu der Krankheitseinsicht gehört es auch noch, dass der Genesene die gesprächsweise Berührung der Vorfälle während der Krankheit gut erträgt; wer die Erinnerung daran sorgfältig meidet, ist mit grösster Wahrscheinlichkeit noch nicht gesund, sondern nur äusserlich so weit ruhig, dass er etwaige Wahnvorstellungen und falsche Urtheile verbergen kann, an denen er innerlich noch festhält. Der wirklich Genesene spricht von seiner Krankheit mit den ihm näher Stehenden, namentlich mit dem Arzte unbefangen und ohne jede Scheu. Erst wenn er die pathologischen Veränderungen seines geistigen Lebens als etwas Fremdartiges empfindet, wenn er auch sie beurtheilt wie andere Vorgänge in gesunden Tagen, ist er im Stande, der Dankbarkeit über die Genesung Ausdruck zu verleihen; jetzt erst dankt er für seine Behandlung, die genossene Pflege und Nachsicht, vertrauensvoll legt er den Zeitpunkt seiner Entlassung ohne drängende Forderungen in das Ermessen des Arztes.

Bei fortschreitender Genesung, zuweilen den geistigen Erscheinungen kurz vorauseilend, sieht man **körperliche Erholung** sich einstellen; das Gewicht nimmt zu, Appetit und Schlaf bessern sich, namentlich wenn Aufregungen letzteren gestört hatten; nicht ganz ohne Werth ist auch für eine günstige Prognose der Wiedereintritt früherer,

aber während der Krankheit verschwundener körperlicher Beschwerden, wie z. B. nervöser Kopfschmerzen, Neuralgieen, Verdauungsstörungen u. s. w. Tritt aber völliges leibliches Wohlbefinden bei länger fortdauernder geistiger Störung ein, so ist die Prognose sehr ungünstig, und der Uebergang in geistige Schwäche wahrscheinlich; dabei können ganz gewaltige Zunahmen des Körpergewichts stattfinden, die Patienten unförmlichen Umfang gewinnen. Man muss sich indessen hüten geringe Körpergewichtszunahmen schon als ungünstige Zeichen anzusehen, denn die Erfahrung lehrt, dass fast bei jeder länger dauernden Psychose der Organismus sich gewissermassen an die ihn betreffende Schädigung gewöhnt und sich mit ihr sozusagen verständigt. In diesem Sinne zeigt die Gewichtserhöhung also eigentlich nur an, dass die Krankheit schon lange besteht, sagt aber wenig aus über die voraussichtliche weitere Dauer.

Wichtige Gesichtspunkte für die Beurtheilung des wahrscheinlichen Verlaufs einer Psychose kann man aus der Kenntniss der **Ursache** des Irreseins schöpfen. Voran haben wir die **Erblichkeit** zu stellen. Man begegnet unter Laien oft der Ansicht, dass erbliche Anlage die Prognose in allen Fällen verschlechtere; es ist aber ein Unterschied zu machen zwischen Psychosen, die auf erblicher Grundlage durch zufällige spätere Veranlassungen zum Ausbruch gelangen, und solchen, wo die Belastung eine von frühester Kindheit krankhafte Entwickelung des Charakters mit sich führte. Hat der betreffende erblich belastete Mensch sich bis zur Erkrankung durchaus geistig gesund gezeigt und traten keinerlei Anzeichen der erblichen Belastung in seinem Geistesleben hervor, so ist die Prognose der Psychose sogar günstiger als bei nicht veranlagten Fällen, wenn man die Heilung des vorliegenden Anfalles berücksichtigt. Leider ist dieser Vorzug aber bei näherer Betrachtung oft kein grosser, denn die betreffenden Kranken sind leichter zu Rückfällen geneigt. Das geistige Gleichgewicht wird eben leicht ins Schwanken gebracht, daher neben leichterer Genesung auch leichtere Erkrankung. Durchaus ungünstig ist die Prognose für erblich Belastete nur dann, wenn die Belastung schon von Anfang an in geistiger Entartung zur Schau trat, so dass die endlich eintretende geistige Störung mit Recht nur als eine Steigerung des pathologischen Charakters angesehen werden kann; es handelt sich hier um eine Fortentwickelung anfänglicher einfacherer Erscheinungen zu immer schwereren Zustandsformen. Der schlimmste Fall ist es, wenn Vater und Mutter geistig krank oder belastet waren; nur das Gesetz des Atavismus könnte hier rettend eintreten, wenn die Ahnen selbst geistig unversehrt waren.

Einen ungünstigen Verlauf nehmen meistens solche erworbene Geistesstörungen, die sich aus **Kopfverletzungen, Sonnenstich, Schlaganfällen** und **Hirnhautentzündungen**, besonders auch nach **Epilepsie** entwickeln.

Wenn **Syphilis** durch Veränderungen im Gehirn geistige Störung hervorrief, so werden zuweilen durch Schmiercuren zeitweilig grosse Erfolge erzielt; doch sind dies Ausnahmen, und muss man sich hüten auch für solche Fälle die Prognose zu günstig zu stellen, denn die tiefgehenden Gewebsveränderungen in der Gehirnsubstanz in Folge syphilitischer Arterien- und Bindegewebserkrankungen führen mindestens einen geistigen Schwächezustand mit sich.

Die Ansprüche, die an geistige Heilung gemacht werden, sind ja sehr verschieden; ein einfacher Bauer kann anscheinend gesund in seine ländlichen Verhältnisse zurückkehren, und die Heilung hält den geringen Anforderungen gegenüber auch Stand, die an seine geistigen Leistungen gestellt werden; ganz anders bei einem Kopfarbeiter oder einem Manne, der mit mühseligen Gedankenreihen umgehen oder mit Sorgen kämpfen muss. Dasselbe Maass geistiger Gesundheit genügt nicht in beiden Fällen. Auch nach einer abgeheilten Rippenfellentzündung oder Lungenentzündung spricht man von Heilung, selbst wenn ein Theil des Organs in seiner Thätigkeit beeinträchtigt bleibt, die Gesammtfunction aber genügt. Es sind also bei Stellung der Prognose sehr wesentlich auch die **äusseren Umstände** und Verhältnisse zu beurtheilen, in denen der Genesende sich befindet oder in die er zurückkehrt. Wo Dürftigkeit oder sonstige Ungunst des Schicksals jede wirksame Maassregel hemmen, wo Eigensinn und Vorurtheil der Umgebung ein wirksames Eingreifen zur rechten Zeit unmöglich machen, wo die Entfernung aus der Lebenslage, in der die geistige Störung entstand und immer neue Nahrung findet, nicht thunlich ist, da mache man sich keine übertriebenen Hoffnungen über die Genesungsfähigkeit.

Doch gehen wir wieder zurück zu den Beziehungen der Ursachen des Irreseins zu seinem wahrscheinlichen weiteren Verlauf. Günstig, weil im Ganzen doch einer **Behandlung zugänglich**, sind grundlegende allgemeine Blutleere, Menstrualstörungen und heilbare Erkrankungen des Geschlechtsapparates, leichtere Entzündungen des Intestinalcanals. Auch Irresein nach fieberhaften Erkrankungen gilt so lange für günstig, als es Ausdruck von Blutleere oder Erschöpfungszuständen des Gehirns ist, während die Verwickelung mit schweren Erkrankungen des Gehirns, auch eine schwere Infection oder Intoxication die Aussichten

verschlechtert. Traurig ist die Prognose bei dem Irresein der alten Säufer, welches frühzeitig den Charakter geistiger Schwäche trägt; einmaliger Alcoholmissbrauch wird leichter überwunden, während der gewohnheitsmässig wiederholte zu chronischem Irresein führt mit schweren Entzündungen der Hirnhäute und meistens auch der Hirnrinde. Mässige Trunksucht lässt manche Erkrankungen heilbar ansehen, doch sind sie gerade ausserordentlich geneigt zu Rückfällen.

Man sieht immer wieder den Grundsatz sich bewähren, dass eine **vorübergehende** oder **heftig** wirkende Ursache eine viel **günstigere** Vorhersage gestattet als langjährig einwirkende allmäliche die Gesundheit untergrabende Einflüsse und Schädlichkeiten. So erschöpfen z. B. anhaltende geschlechtliche Aufregungen tief und lassen selten Genesung erwarten; während Masturbanten, die sich entschliessen können, ihr Laster aufzugeben, im Anfang noch ganz wiederhergestellt zu werden pflegen. Durchaus ungünstig dagegen sind solche Fälle, wenn sich der Wahn einer nahen Vereinigung mit dem Ueberirdischen in schmutziger Weise mit der Neigung zur Masturbation verbunden hat. Einmalige, vorübergehende Ursachen, wie Schwangerschaft, Wochenbett und Säugen lassen eine sehr günstige Prognose stellen; dabei wird man berücksichtigen wie viele leichte Anwandlungen von Psychosen in jenen Zuständen in privater Pflege gut verlaufen, so dass die an und für sich schon gut urtheilende Anstaltsstatistik dadurch noch unterstützt wird.

Diese letztere Gruppe von Psychosen ist auch der Grund, wesshalb die Prognose der Heilbarkeit im Allgemeinen für das weibliche **Geschlecht** günstiger ist, während Trunksucht und die im Kampf ums Dasein sich entwickelnden Schäden, die ja besonders in der paralytischen Seelenstörung ihren Ausdruck finden, die Aussichten des männlichen Geschlechts noch weiter verschlechtern.

Die Bedeutung des **Lebensalters** für die Prognose ist leicht verständlich; das kindliche Alter ist durch die so häufige erbliche Belastung im Ganzen sehr gefährdet; der Ausbruch geistiger Krankheit im jugendlichen Alter ist weit günstiger als im vorgerückten Alter; in diesem ist natürlich ein rüstiges Gehirn wieder besser gestellt. Pubertät und Klimakterium, überhaupt Evolutions- und Involutionsperiode gestatten nur dann eine günstige Vorhersage, wenn keine Belastung vorliegt. Man findet immer wieder das Hineinspielen der Erblichkeit.

Fs sollen hier noch einige **Einzelerscheinungen**, die bei verschiedenen Krankheitsformen auftreten können, nach ihrem progno-

stischen Werth berücksichtigt werden. Entwickelt sich eine starke und tiefe **Störung des Bewusstseins** erst allmälich im Verlaufe der Krankheit, so deutet dies auf einen schlechten Ausgang, während plötzlicher Eintritt günstiger aufgefasst werden darf. In ähnlicher Weise sind Sammeltrieb, Verlust des Schamgefühls, Unreinlichkeit, Neigung zum Schmieren während einer heftigen Tobsucht nicht so bedeutungsvoll, als in chronischen Krankheitszuständen mit erloschenen Affecten. Verworrenheit und feste Wahnvorstellungen in der Erregung können verschwinden; ohne Erregung sind sie Zeichen meist schon eingetretener geistiger Schwäche. Dauernde Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche, besonders auffallend für die jüngste Vergangenheit, sind von übler Vorbedeutung; ebenso bei theilweisem Ausfall einzelner Erinnerungsgebiete. Wird Verworrenheit von neugebildeten Worten begleitet, so ist die Prognose schlecht.

Unempfindlichkeit gegen Hitze und Kälte, starres Hineinblicken in grelles Sonnenlicht, mangelndes Gefühl der Sättigung, das Geniessen ekelhafter Dinge, besonders von Excrementen findet man fast nur bei schweren, ungünstig verlaufenden Krankheitsformen. **Sexuelle** Erregungszustände sind namentlich vor und nach dem zeugungsfähigen Alter bedenklich, besonders das Wiedererwachen geschlechtlicher Begierden bei alten Männern.

Gesichtstäuschungen treten meistens nur in frischeren Erkrankungsfällen auf, Gehörstäuschungen in chronischen, und sind ebenso wie Geruchstäuschungen bedenkliche Zeichen; noch ungünstiger ist die Verbindung von **Täuschungen in** mehreren **Sinnesgebieten.**

Handlungen, die scheinbar ganz unvermittelt und unbegründet dastehen, hinterher aber mit Gründen beschönigt werden, sind ein sehr schlechtes Zeichen. Sie deuten, ebenso wie Verkehrtheiten und Verschrobenheiten des Charakters, auf erbliche Belastung und sog. Entartungs-Irresein. Ebenso sind **Zwangs**vorstellungen, Zwangsbewegungen und triebartige Zwangshandlungen vorwiegend Erscheinungen derselben Krankheitsgruppe; oder es spielen dabei tiefgehende organische Gewebsstörungen schon eine Rolle, wie bei den rhythmischen und stereotypen Zwangsbewegungen Schwachsinniger.

Unter den rein körperlichen Störungen sind der Beobachtung am Zugänglichsten und daher auch für die Prognose von wichtigster Bedeutung, **die motorischen,** die in der verschiedensten Art beobachtet werden. So sind Lähmungen, Krämpfe und Coordinationsstörungen an und für sich als Begleiter von Psychosen in der Regel durch schwerere Erkrankungen des Centralnervensystems bedingt, wenn sie nicht hysterische Erscheinungen und dann häufig vorüber-

gehender Natur sind. Die mit Bewusstseinsstörungen verbundene Katalepsie kommt auch bei heilbaren Fällen vor, ebenfalls ist Muskelzittern nicht immer ein bedenkliches Zeichen, z. B. in Begleitung von Alcoholismus, Anaemie und nervöser Erregung. Ist es aber verbunden mit andern Lähmungserscheinungen der Extremitäten, der **Augenmuskeln,** so ist es von bedenklicherer Natur. **Pupillen**differenzen, Schielen, wenn es nicht habituell ist, darf man in der Regel nur im Zusammenhang mit andern Erscheinungen verwerthen. Pupillenstarre und -enge erweckt den Verdacht auf allgemeine fortschreitende Paralyse. Störungen beim **Sprechen,** das sogenannte Silbenstolpern und die entsprechenden **Schreib**störungen weisen auf dieselbe ungünstige Krankheitsform, können aber auch bei allgemeiner Neurasthenie vorkommen (vgl. besonderen Theil); andauerndes **Zähneknirschen** ist ein Zeichen starken Reizzustandes der Hirnrinde. Auch längerer Speichelfluss ist eine Erscheinung, die fast nur bei höheren Graden geistiger Schwäche vorkommt oder doch diese voraussagen lässt. Gleichzeitig pflegen dann auch schon ausgeprägte Aenderungen der **mimischen Innervation** eingetreten zu sein. So verrathen den ungünstigen Ausgang des Irreseins oft schon früh der blöde, stiere, ausdruckslose Blick und die eigenthümlich durch ungleiche Innervation verzerrten Gesichtszüge. Erschlaffen Blick, Miene und Haltung, sinkt das Kinn herab, fliesst der Speichel in Menge aus den Mundwinkeln, und lassen die Kranken Urin und Koth unter sich gehen, so ist der Uebergang in Blödsinn meistens geschehen. Umgekehrt lässt die Miene den Zustand der eintretenden Genesung aber oft auch deutlicher erkennen, wie alle andern Zeichen; sie hellt sich auf, der Blick wird freier und aus dem beschattenden Dunkel der Krankheit entwickelt sich das gesunde Mienenspiel der früheren Persönlichkeit.

Von Störungen auf dem **sensiblen** Gebiet beanspruchen Neuralgieen keine, dagegen Anaesthesieen und Analgesieen eine ausgesprochen ungünstige Bedeutung. Auch die schweren trophischen Erscheinungen, wie Ohrblutgeschwulst und Rippenbrüchigkeit, zeigen so gut wie stets ein tiefes, mit Tod oder Verblödung endigendes Leiden an.

Ein Ausbleiben der **Menstruation** in frischen Erkrankungen ist nichts Ungewöhnliches und Beunruhigendes; ihre Wiederkehr ist stets ein erwünschtes Zeichen; denn tritt sie vor Besserung des geistigen Zustandes ein, so ist sie zwar mit Sicherheit nach keiner Seite hin zu verwerthen, aber sie bedeutet mindestens eine Besserung in den vegetativen Verhältnissen des erkrankten Organismus und ist

zuweilen auch die Vorauskünderin der Genesung, die ihr auf dem Fusse folgt; erfolgt diese aber nicht bald, so ist sie wie der Wiedereintritt anderer körperlicher Functionen ohne gleichzeitige geistige Besserung, für diese prognostisch überhaupt ungünstig.

Schliesslich müssen wir noch wieder die **Haltbarkeit der Genesung** mit Beziehung zur Prognose berühren; man beurtheilt sie nach der Leichtigkeit und Häufigkeit der neuen Anfälle. Wenn man im Allgemeinen zugeben muss, dass das weibliche Geschlecht dabei etwas ungünstiger gestellt ist, so muss man nicht vergessen, dass wahrscheinlich die grössere Zahl periodischer Erkrankungen zu dieser Ansicht geführt hat; bei ihnen dürfen wir aber streng genommen nur von Rückfällen immerhin eines Krankheitsverlaufes sprechen. Wenn ferner statistisch angegeben ist, dass etwa der vierte Theil der aus Anstalten genesen Entlassenen wieder erkrankt, so ist zu berücksichtigen, dass äussere Gründe für das bessere Fortkommen der zu Entlassenden ihnen zuweilen ein zu gutes Prädicat bei der Entlassung verschaffen. Immerhin muss man aber doch einräumen, dass die Gefahr der Wiedererkrankung wirklich Genesener desshalb etwas grösser ist als die zu einer erstmaligen Erkrankung, weil die Genesenen im Publicum fast immer noch Misstrauen begegnen in Folge der alten eingewurzelten Vorurtheile gegen Geisteskranke; sie kehren also fast immer in ungünstige Verhältnisse zurück und sind dadurch vermehrten Schädlichkeiten ausgesetzt, die zu einer neuen Erkrankung führen können.

V.

Die Untersuchung zur Erkenntniss geistiger Störungen und ihrer Grenzzustände.

A. Allgemeine Gesichtspunkte.

Die allgemeine Diagnostik von Krankheiten überhaupt setzt sich zusammen aus unserer Kenntniss ihrer Ursachen und deren Wirkungen, von denen etwaige anatomische Veränderungen nicht getrennt werden können. Die klinische **Diagnose geistiger Störungen** fasst daher Aetiologie, Symptomatologie und pathologisch-anatomischen Befund zusammen. Die Beantwortung der Frage nach dem Vorhandensein einer Geistesstörung findet nun den nächsten Anhaltspunkt in den gerade vorhandenen Krankheitszeichen, wenn auch die rückschauende Betrachtung auf die Erscheinungen des Vorlebens und die gleichzeitige Erforschung der Ursachen noch wichtiger als in anderen Krankheiten zu sein pflegt.

Die Frage, ob ein Mensch geisteskrank sei, kann in zweierlei verschiedenem Sinne gestellt werden. Man kann fragen, ob überhaupt bei ihm die geistigen Vorgänge durch Krankheit gestört seien, oder ob die festgestellte geistige Störung eine solche im engeren Sinne, gewissermassen **selbstständige** sei, im Gegensatz zu Störungen, die sich an andere körperliche Erkrankungen wie Hirnhautentzündungen, Fieberzustände, Vergiftungen anschliessen. Ist die letztere Frage eine rein ärztliche, so wird die erste viel öfter auch vor dem Richter gestellt.

Ob bei einem Menschen die geistigen Vorgänge überhaupt krankhaft gestört seien, ist oft augenblicklich und sogar von jedem Laien zu entscheiden; in vielen andern Fällen dagegen ist das Urtheil darüber ungemein schwierig und erfordert lange Beobachtung und gründliche Kenntnisse. Die Schwierigkeit dieser Frage beruht darauf, dass Verkehrtheiten in den Gefühlen und Bestrebungen, dass falsche Vorstellungen und Urtheile, dass selbst Täuschungen in den Sinnen auch

aus anderen als aus krankhaften Zuständen sich ergeben und neben einer als Ganzes ungestörten psychischen Gesundheit bestehen können, dass die äussern Zeichen geistiger Störungen absichtlich vorgespiegelt oder verborgen werden können, endlich darin, dass es viele unausgebildete, daher mit unvollständig ausgeprägten Merkmalen versehene Fälle gibt. Die Grenzzustände des Irreseins und die Untersuchung erheuchelter oder verhehlter Psychosen wollen wir zunächst aber trennen von den eigentlichen Störungen, deren Merkmale unsere klinische Diagnostik festzustellen sucht.

Die psychiatrische Diagnose ist zunächst immer eine **psychologische.** Die verschiedenen Formen der Störungen des Bewusstseins, der Gefühle, Triebe und Handlungen, der Verbindung und des Ablaufs der Vorstellungen sind die psychologischen Grundelemente, aus denen sich die Gesammterscheinungen des einzelnen Falles zusammensetzen. Obwohl die Psychosen Krankheiten sind, die sich ganz vorzugsweise auf psychischem Gebiet abspielen, so kann die alleinige Beobachtung der psychischen Abweichungen doch keine irgendwie erschöpfende Einsicht in den Krankheitszustand verschaffen und dürfen die **körperlichen Begleiterscheinungen** unter keinen Umständen vernachlässigt werden. Indessen liegt der Schwerpunkt doch auf der Seite der psychischen Erscheinungen. Wenn diese nun vielfach auch frei zu Tage liegen, so dass die Kunst einer sachverständigen Erhebung der Thatsachen erst in zweiter Linie verlangt wird, so liegt die Schwierigkeit der psychiatrischen Diagnose dann noch in der Deutung der Thatsachen. Es sind weniger oft einzelne, an sich unverkennbare Krankheitsäusserungen, sondern bestimmte Gruppen von Erscheinungen, die zu bestimmten Diagnosen berechtigen und zwingen. Es kommt eben auf die Auslegung der geistigen Acte durch den Beobachter an; z. B. die Aeusserung des Glaubens an die Einwirkung von Hexen kann auf niedriger Bildungsstufe nicht sofort als krankhafte Aeusserung aufgefasst werden, während sie bei einem Gebildeten zwingt, den Gründen nachzugehen, die ihn zu diesem Glauben zwingen, der seiner ganzen Erziehung und dem Inhalt später erworbener Erfahrungskreise widerspricht; aber erst die Einreihung dieser Aeusserung in verwandte, meistens dem Gefühlsleben entnommene Vorstellungen und Empfindungen, kann die vorläufige Annahme einer krankhaften Grundlage feststellen. Jeder Arzt muss bei einer phychiatrischen Diagnose vorsichtig verfahren und sich der grossen Verantwortlichkeit bewusst bleiben, die in seinem Urtheil liegt; auf der einen Seite hat er z. B. zu erwägen, welche Nachtheile durch die mit der Versetzung in eine

Anstalt verbundene Freiheitsentziehung den Kranken selbst treffen können, auf der andern Seite aber auch an die Gefahren zu denken, denen ein Kranker und seine Umgebung ohne Aufsicht ausgesetzt ist. Er ist Arzt und Beamter der öffentlichen Sicherheit in einer Person.

Dabei trifft er beständig zahlreiche **Schwierigkeiten** anderer Art; ein Theil der Familien, die in beständigem Verkehr mit dem Kranken leben, hat mehr oder weniger die Gewohnheit, seine Wahnvorstellungen als wahr anzunehmen. Sie führen die Krankheit gern auf völlig unwesentliche Ursachen zurück; die Bedeutung falscher Handlungen wissen sie abzuschwächen oder als berechtigt hinzustellen. Hat ein Hallucinant einen Vorübergehenden hinterrücks überfallen, so erklären sie, der Kranke müsse gereizt worden sein. Andererseits setzt der Kranke einer Untersuchung ernste Schwierigkeiten entgegen: Misstrauen gegen den Arzt ist das Gewöhnlichste, während doch gerade das Vertrauen sonst der gewöhnliche Beweggrund ist, der einen körperlich Kranken zum Arzt führt. Oft veranlasst den Geisteskranken schon ein Gefühl der Unsicherheit seiner geistigen Leistungen, zu fürchten, dass der Arzt nur seine Versetzung in die Anstalt bewerkstelligen werde. Er zögert darum ihm zu antworten, weigert sich, seine Wahnvorstellungen vorzubringen, schweigt ganz oder gibt nur einsilbige ungenügende Antworten. Es ist immer eine Ausnahme, wenn Kranke mit einer gewissen Krankheitseinsicht ausgerüstet ihr Inneres dem Arzte freiwillig klar auseinanderlegen, doch gibt es auch manche Kranke, die den Inhalt ihres gestörten Geisteslebens unverhüllt und leicht darbieten. Zwischen den erwähnten Schwierigkeiten hindurchzufinden ist natürlich sehr vom persönlichen Geschicke des einzelnen Arztes abhängig, aber eine gute Kenntniss der psychischen Symptomengruppen kann die richtige Fragestellung auf das Wesentlichste unterstützen.

Entspricht dann das Gesammtbild des Zustandes, und entsprechen sämmtliche wesentlichen Einzelheiten dem Bilde einer der Hauptformen des Irreseins, so ist mit der festen Diagnose einer dieser einzelnen Formen natürlich auch die Diagnose des Irreseins überhaupt gegeben. Aber es darf durchaus nicht umgekehrt aus der nicht vollständigen Uebereinstimmung des Falles mit solchen bekanntesten Hauptformen auf die Abwesenheit einer Psychose geschlossen werden. Bei Aufstellung dieser Formen hat man in wohlbegründeter Weise die am Bestimmtesten gezeichneten Zustände herausgehoben und in Bilder zusammengefasst. Es gibt aber mancherlei Mittelzustände, Mischformen, unvollständig ausgeprägte Zustände, auf welche diese Bilder

nicht gerade ganz genau passen. Meistens wird es nicht schwer sein, wenigstens das allgemeine Merkmal der Aufregung, Niedergeschlagenheit oder der geistigen Schwäche aufzufinden, obwohl in einzelnen Fällen auch nicht einmal dieses Merkmal offen vorliegt. Selbst in einer Irrenanstalt begegnet man zum anfänglichen grossen Erstaunen fast jedes Laien zahlreichen Kranken, denen in Worten und Bewegungen nichts Auffallendes anhaftet; die grösste Verwunderung äussern solche Besucher in der Regel darüber, dass so sehr viele der angesprochenen Kranken durchaus nicht irre redeten. Eigentliche verkehrte Vorstellungen, falsche Urtheile über sich selbst oder über andere Verhältnisse hört man nicht von ihnen, nichts was nicht auch ein Gesunder, der in derselben Stimmung wäre, ungefähr ebenso sagen könnte. Um so weniger darf man sich bei Kranken ausserhalb der Anstalten verleiten lassen bei fehlendem Irrereden die Diagnose des Irreseins zurückzuweisen; namentlich die Handlungen der Kranken geben in diesen Fällen bessere Auskunft.

Als das **Hauptmerkmal** zur Feststellung einer Psychose muss es nun angesehen werden, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle sich mit der geistigen Erkrankung eine **Veränderung,** eine von dem früheren Wesen des Kranken beträchtlich verschiedene, demselben fremde Beschaffenheit seines **geistigen Lebens,** seiner Stimmungen, Gefühle, Neigungen, Gewohnheiten, Willensrichtungen und Urtheile einstellt. Er ist nicht mehr derselbe, er wird sich selbst entfremdet. Die Feststellung der mit dem Kranken vor sich gegangenen Veränderung erfordert, dass sein früheres Wesen, sein Charakter u. s. w. dem Arzte wohl bekannt oder durch Andere geschildert sind. Die Erkennung einer Geistesstörung wird auf das Wesentlichste unterstützt, wenn es gelingt, den Nachweis zu führen, dass die verdächtigen Erscheinungen eben nicht von jeher bestanden haben, sondern etwas Gewordenes sind. Freilich lässt sich in einer Anzahl von Fällen keine erhebliche Umänderung, sondern eher eine höhere Entwicklung und Steigerung der vorstechenden Charakterzüge und Eigenschaften im Irresein erkennen; undeutlich ist die Umänderung ferner bei angeborenen Zuständen, während die erworbenen bei Vergleichung mit dem frühern Wesen des Erkrankten die charakteristischen Unterschiede in der Regel leichter erkennen lassen.

Ganz besonderer Art ist daher auch die Frage nach der geistigen Störung bei **Kindern.** Geringere Grade von Schwachsinn sind z. B. nicht immer leicht frühzeitig zu erkennen, aber es ist sehr wichtig die Eltern auf Abweichungen rechtzeitig aufmerksam machen zu können, um sie vor späteren Selbstvorwürfen zu bewahren. Spätes

und unzulängliches Erlernen der Sprache fallen jenen meistens schon selbst leicht auf, ebenso rasche Ermüdbarkeit beim Lernen. Besonders wichtig ist es aber, taubgeborene oder frühzeitig taubgewordene, also taubstumme Kinder von schwachsinnigen zu unterscheiden. Diese sind schläfrig und theilnahmlos, sehen unstät umher; taube dagegen, bei denen geistige Schwäche höheren Grades fehlt, sehen mit gespannten aufmerksamen Zügen auf den Ansprechenden. Gehörsprüfungen ergeben dann das Nähere. Schwerere geistige Störung bei Kindern wird man mit Zuhülfenahme früherer Schilderungen leicht erkennen können.

Zu einer vollständigen Diagnose gehört dann weiter die **Ergründung der Ursachen,** besonders da ihre Feststellung in vielen Fällen erst die Möglichkeit einer richtigen Behandlungsweise verschafft. Indem die Beziehung der verschiedenen Ursachen zu der besondern Persönlichkeit des Kranken nicht aus den Augen zu verlieren ist, ist sein **Vorleben** nach allen Richtungen hin zu durchforschen, um die Entwicklung und den Verlauf der Krankheit im einzelnen Falle zu verstehen. Man vermeidet dadurch auch den Fehler aus einer einzelnen Erscheinung eine bestimmte Krankheitsform zu erschliessen; dieser Fehler ist bei Psychosen sehr leicht gemacht, da einzelne Symptome fast durchweg in mehreren Krankheitsformen auftreten, und sogenannte pathognomonische Zeichen für einzelne Formen nicht bekannt sind; der erfahrene Psychiater kann freilich durch solche Zeichen schon bald in richtige Bahnen der Diagnose gelenkt werden, weiss aber, dass nur eine umfassende Untersuchung des Vorlebens mit Ursachen und Krankheitsäusserungen, sowie die genaueste Feststellung körperlicher und geistiger Zeichen, ja meistens auch erst nach einer längeren Beobachtung des Verlaufes die richtige Diagnose eines einzelnen Falles sichern können. Nur dann kann man sich hüten vor groben Fehlern.

B. Psychiatrische Untersuchung.

1. Diagnose der Erkrankung.

Unter Berücksichtigung dieser im Allgemeinen berührten Punkte wollen wir nun der Aufgabe einer sachgemässen psychiatrischen Untersuchung näher treten. Allgemeine Regeln, um auf die beste Weise zum Ziele zu gelangen, lassen sich zwar aufstellen, und können dem Anfänger nützlich werden, besonders in schwierigen forensischen Fällen, wo eine nachträgliche Begutachtung die sorgfältige Erhebung auch der kleinsten Momente und Zeichen wünschens-

werth macht. Für gewöhnlich aber würde die Untersuchung an der Hand eines solchen *Schemas* zu zeitraubend sein und den Anfänger verleiten, Unwesentliches gleichwerthig mit Wesentlicherem zu behandeln. Die näheren Umstände des *einzelnen Falles* verlangen ihre besondere Berücksichtigung, und wird dadurch dann auch oft die Reihenfolge der Fragen und Untersuchungsobjecte bestimmt.

Da in diesem Lehrbuch wesentlich die Bedürfnisse des praktischen Arztes berücksichtigt werden sollen, so empfiehlt sich, den **Gang der Untersuchung** etwa ähnlich zu **beginnen**, wie bei jeder andern Krankheit. Durch einige **Fragen** versucht man sich *über Namen, Alter, Beruf* und *Civilstand* zu unterrichten. Dabei lässt sich dann schon in grossen Zügen feststellen, ob das *Bewusstsein* getrübt oder klar ist, ob Besonnenheit herrscht, das *Gedächtniss* erhalten ist, ein beschleunigter oder verlangsamter *Vorstellungsverlauf* stattfindet. Lässt man nun zunächst noch eine sorgfältige Untersuchung der körperlichen Functionen aus dem Spiel, so bieten doch schon gleichzeitig die *Körperhaltung*, das *Mienenspiel*, der *Gesichtsausdruck* so viele Anhaltspunkte, dass es schon leichter wird, nach einzelnen Richtungen weiter zu forschen, und allmälich vom unmittelbar Vorliegenden zum Verborgenen weiter fortzuschreiten. Bei erregten Kranken wird der weitere Gang der Untersuchung dann von den Krankheitsäusserungen selbst geleitet, bei besonnenen gelangt man durch Erhebung von Ereignissen aus dem Vorleben am Besten zu weiteren Thatsachen und Beobachtungen, während unbesinnliche Kranke uns bald nöthigen, den **gegenwärtigen Zustand** ins Auge zu fassen, der dann durch Erkundigungen bei der Umgebung in klareres Licht zu stellen ist. Im Allgemeinen aber empfiehlt es sich, *möglichst unbefangen* den Eindruck des Kranken ganz auf sich wirken zu lassen und namentlich besinnlichen gegenüber durch ein ruhiges und freundliches Eingehen auf ihren augenblicklichen Bewusstseinsinhalt zumeist ihr *Vertrauen* zu gewinnen. Zu vieles Fragen wirkt anfänglich leicht einschüchternd oder erweckt Misstrauen. Erst allmälich versuche man dann in den von der Wissenschaft gebotenen Richtungen die freiwillig dargebotenen Zeichen zu ergänzen.

Zu diesen gehört fast immer zuerst der Ausdruck der **Stimmung**. In frischen Fällen treten Affecte in der Regel sehr deutlich hervor; die heitere Stimmung gibt sich unverhüllt, und hat es kein Bedenken, den Kranken sofort darauf aufmerksam zu machen, dass doch wohl eigentlich kein Grund dafür in seiner augenblicklichen Lage vorhanden sei, und dass er als Kranker vor dem Arzte stehe. Entweder wird er diesen Einwand unbeachtet lassen oder nicht selten dadurch veran-

lasst, in schneller Rede sein Inneres zu enthüllen, wenn die Besonnenheit dazu noch besteht. Ist dies der Fall, so suche man Störungen im Vorstellungsverlaufe festzustellen, die sich in höhern Graden heiterer Erregung leicht zeigen, in geringeren sorgfältigerer Beobachtung bedürfen. Eine gewisse Redseligkeit und das Abspringen vom Gesprächsinhalt auf Entfernteres sind zur Diagnose eines Erregungszustandes schon wichtige Zeichen. Unterstützt wird diese Untersuchung in hohem Grade durch sorgfältige Beobachtung der **Ausdrucksbewegungen**. Während die heitere Erregung durch gleichzeitiges Reden den Ausdruck vielfach verändert zeigt, kann sich in gedrückten Stimmungen unsere beobachtende Aufmerksamkeit länger auf ihre äusseren Zeichen richten. Der Melancholische gibt dadurch bald Veranlassung nach dem Grunde seiner traurigen Stimmung zu fragen; jetzt hüte man sich aber bei etwaiger Kenntniss unbegründeter Verzweiflung den Kranken darauf aufmerksam zu machen, um nicht Misstrauen bei ihm zu erregen. Bei ihm ist ein freundliches theilnehmendes Entgegenkommen nöthig, wenn man überhaupt ein weiteres Urtheil darüber gewinnen will, ob der melancholische Affect durch Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bedingt ist, oder ob ein einfacher Affectzustand besteht. Denn auf diese beiden Punkte, das Vorhandensein von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen hat sich die Untersuchung jetzt bald auszudehnen, wenn der Kranke nicht schon selbst darauf hingedeutet hat.

Wahnvorstellungen, die sich in den früher angegebenen Merkmalen von dem Irrthume gesunder Menschen unterscheiden, sind sehr bezeichnende Erscheinungen gewisser Psychosen. Es ist aber nicht immer leicht, die Kranken zu einer offenen Darlegung ihrer Wahnvorstellungen zu bringen; namentlich im Beginne der Erkrankung suchen sie sie instinctmässig geheim zu halten und jedem Versuche tieferen Eindringens auszuweichen, bis irgend ein Punkt getroffen wird, der sie in Affect versetzt, oder bis es gelingt, durch allerlei Zwischenfragen eine Anknüpfung zu finden, mit Hülfe deren sich anscheinend absichtslos das ganze zusammenhängende Netz krankhafter Ideen entwickeln lässt. Zuweilen leitet auch das äussere Benehmen des Kranken auf die Spur. Ein scheues und misstrauisches Wesen lässt die Idee geheimer Feinde und Verfolgungen vermuthen; übertriebene Selbstgefälligkeit, die sich oft schon in der Tracht ausspricht, deutet auf Grössenvorstellungen, während häufiges Beten, weinerlich verzagter Gesichtsausdruck das Bestehen von Versündigungswahn mit religiöser Färbung wahrscheinlich machen. Ist die Vermuthung einer geistigen Störung schon aus andern

Zeichen erschlossen, so hat man sich zu hüten, jede Aeusserung auffallender Art schon als eine Wahnvorstellung anzunehmen, denn auch der Kranke kann wie ein Gesunder Irrthümern unterworfen sein, oder z. B. eine vorgebrachte Eifersuchtsvorstellung kann thatsächlich begründet sein; so unterscheidet sich der Eifersuchtswahn der Alkoholiker inhaltlich durch Nichts von einem möglichen Irrthum. Hier helfen natürlich nur die übrigen Ergebnisse der Untersuchung die Diagnose sichern. Häufiger aber haben die Wahnvorstellungen etwas so Absonderliches, von dem gewöhnlichen Denken Abweichendes, dass das Verkehrte und Krankhafte sofort auffallen muss.

Ihr Inhalt kann sich aus dem gesammten Erfahrungsinhalte des Menschen zusammensetzen, so dass man zunächst glauben könnte, es gehöre eine umfassende Kenntniss der verschiedensten Lebensgebiete und Berufsarten dazu, um in den Darstellungen der Kranken das Richtige vom Falschen zu trennen. Aber trotz aller Mannichfaltigkeit im Einzelnen pflegen die Grundzüge der Wahnsysteme doch vielfach eine so weitgehende Uebereinstimmung mit einander aufzuweisen, dass ein erfahrener Beobachter auf Grund seiner aus Aeusserlichkeiten gezogenen Schlüsse dem verblüfften Patienten öfters mit überraschender Schnelligkeit das Zugeständniss seiner krankhaften Ideen zu entwinden vermag. Es ist eine höchst bemerkenswerthe Thatsache, dass bei so vielen Kranken immer wieder ganz dieselben krankhaften Vorstellungen wiederkehren. Immer wieder stösst man auf einige bestimmte Reihen von Wahnvorstellungen in unerschöpflicher Wiederholung; es ist, wie wenn die Kranken es von einander gehört, wie wenn sie es mit einander verabredet hätten, was sie sagen wollten. (vgl. Seite 111 Primordialdelirien.) Die früher unterschiedenen Hauptgruppen der Wahnvorstellungen sind dabei als Variationen desselben Themas in den einzelnen Fällen leicht wiederzuerkennen, und wird die Diagnose sich rasch zurechtfinden bei der Feststellung depressiver Beeinträchtigungsvorstellungen oder expansiver Grössenideen. Es wird daher keinen grossen Unterschied für unsere ärztliche Diagnose machen, ob eine Mutter sagt, sie selbst werde vergiftet oder ihre Kinder würden vergiftet, die ja auch ein Theil ihres Selbst sind; in diesem Falle ist nur ein anderer Ausdruck für dasselbe Gefühl der Beeinträchtigung gefunden. Wenn ein Kranker in Vorstellungen grosser Reichthümer schwelgt, so ist es für unsere Auffassung seiner Angaben als Wahnvorstellung gleichgültig ob die Schätze aus Bergen von Gold oder bescheidenen Summen bestehen. Diese Unterschiede haben nur insofern bei der Diagnose einen grössern Werth, als sie Anzeichen sein können von gleichzeitig vorhandener Kritiklosigkeit, und somit ein Maassstab werden

für den Grad der geistigen Schwäche, die mehr oder weniger alle Wahnvorstellungen begleitet.

Indessen gibt es auch eine Reihe von Fällen, in denen es nicht möglich ist, die Grenzen nur nach der depressiven oder expansiven Seite zu ziehen, da diese beiden entgegengesetzten Arten von Wahnvorstellungen zusammen vorkommen. Sie können in raschem Wechsel neben oder hinter einander auftauchen, doch auch dann pflegt immer eine Gruppe die vorherrschende zu sein. Ein Maniakalischer kann in einem Athem sagen: ich habe Gift bekommen, ich bin der König; ein Paralytiker kann im blühendsten Grössenwahn äussern, er solle heute geschlachtet werden, umgekehrt kann ein tief Melancholischer flüchtig die Bemerkung hinwerfen, dass er sich in einem Palaste befinde und von Prinzen umgeben sei. Diese kurzen eingeschobenen entgegengesetzten Stimmungsäusserungen sind bei frischen Affectzuständen nichts Seltenes, und zwingen noch nicht zu der Diagnose einer ungünstigen Kranhheitsform. Wenn aber jene beiden Hauptarten von Wahnvorstellungen sich langsam neben einander entwickeln, so dass die sich widerstrebenden Vorstellungen von Grössenwahn und Verfolgungswahn z. B. in einer Reihe von Jahren Zeit haben, sich allmälich zusammenzuordnen, zu durchdringen und zu festen Gedankenverbindungen, also zu einem Wahnsystem aufs Engste zusammenzuwachsen, so haben wir ein schwereres Krankheitsbild vor uns, das als Verrücktheit im eigentlichen Sinne des Wortes bekannt ist. Selbst wenn im Laufe der Jahre dieser Zustand allmälich in Verwirrtheit übergegangen ist, gelingt es doch zuweilen noch aus dem verworrenen Gefasel solcher Kranken den ursprünglichen festen Kern jener Primordialdelirien herauszuschälen, um den sich der übrige Vorstellungsinhalt ihres Innern gelagert hat.

Die weitere Untersuchung wird dann dahin gedrängt festzustellen, ob die Wahnvorstellungen von **Sinnestäuschungen** begleitet sind. Ist dies der Fall, so haben wir zu unterscheiden, ob die Wahnvorstellungen oder die Sinnestäuschungen der Zeit nach vorausgegangen sind; da letztere zum Theil nicht auf demselben Boden entstehen, soweit sie peripheren Ursprungs sind, so ist dieser zuerst zu untersuchen, weil besonders peripher entstandene Sinnestäuschungen zuweilen einer unmittelbaren Behandlung zugänglich sind. Im andern Falle, wenn die Sinnestäuschungen central in der Hirnrinde entstanden, ist die zeitliche Scheidung vom Auftreten der Wahnvorstellungen nicht nur schwer, sondern wahrscheinlich unmöglich; überhaupt ist dann ihre Verwandtschaft und Entstehungsähnlichkeit eine so grosse, dass häufig Sinnestäuschungen nur als mit starker sinnlicher Beglei-

tung ausgestattete Wahnvorstellungen angesehen werden können; es muss in dieser Hinsicht auf alle jene Beziehungen verwiesen werden, die zwischen Gehörstäuschungen und ihrem sprachlichen Ausdruck erkannt werden können. Die feste Verbindung zwischen Vorstellung und Wort macht die gewaltige Ueberzeugungskraft der Gehörshallucinationen allein verständlich, die jeglichen kritischen Einwand der Vernunft leicht überwindet. Es ist daran festzuhalten, dass die Grundlage eine cerebrale und nicht nur eine logische ist; darum können Wahnvorstellung wie Sinnestäuschung auch im Gegensatz zu den vorherrschenden Stimmungen und Gefühlen auftreten, und eben die organische Entstehungsweise kann erst erklären, wie Stimmung und Vorstellung sich widersprechen.

Ebenso wie eine gesetzmässige Verbindung durch bestimmte Nervenbahnen zwischen manchen Empfindungen stattfindet, die als Mitempfindungen neuerdings in erhöhtem Masse die Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben, müssen wir uns auch das Entstehen mancher Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen an bestimmte engbegrenzte Bahnen gebunden denken, so dass sie bei gewissen peripheren oder cerebralen Reizen immer sofort und stets in gleicher Weise, zwangsmässig als Mitvorstellungen entstehen. Nur so ist die enge Begrenzung und die Wiederholung des bestimmten Inhalts der Primordialdelirien einigermassen verständlich, der im Ganzen unabhängig von Stimmung und besonderer Krankheitsform gefunden wird.

Die erste Untersuchung wird in Fällen vorgeschrittener Psychose, wenn sie das Bestehen von Sinnestäuschungen festzustellen sucht, oft sehr erleichtert durch das äussere Benehmen. Horchende Stellungen, Hinstarren auf einen Punkt, plötzliches Auffahren und Sprechen sind zuweilen sehr bezeichnend; leichter wird die Diagnose, wenn die Kranken von „Stimmen" und „Bildern" sprechen. Zuweilen ist auch eine einfache Erwähnung von elektrischen, magnetischen oder dergleichen Einflüssen geeignet, wenn sie wie zufällig im Gespräch gebracht werden kann, den verschlossenen Hallucinanten zur Aeusserung seinen geheimen Gedanken zu bringen.

Weiter können Absonderlichkeiten in der äusseren Umgebung, wie z. B. in der Einrichtung des Zimmers, die Diagnose leiten. Wenn man dann noch durch einige Fragen sich über das Gedächtniss des Kranken unterrichtet hat, so wird die Untersuchung zu einer psychiatrischen Diagnose sich aus den Angaben des Patienten ein Bild von seinem Vorleben zu verschaffen wissen, und wo dies nicht möglich ist, andere Quellen dazu aufsuchen. Die körperliche Untersuchung folgt der Aufnahme der **Anamnese** gewöhnlich erst später.

Eine praktisch wichtige Regel ist es, wenn man zuverlässige ins Einzelne gehende Antworten aus dem Vorleben und über den bisherigen Verlauf der Krankheit erhalten will, den Kranken und seine Angehörigen gesondert auszufragen, da wichtige Thatsachen sonst oft verschwiegen werden. Der Reihe nach erkundige man sich nach allen jenen Schädlichkeiten, die uns als ursächliche Momente des Irreseins bekannt sind. Man soll sich auch bei negativem Erfolge nicht sofort abschrecken lassen und bei bestimmter hervortretenden einzelnen Zeichen immer wieder zurückgreifen auf jene Möglichkeiten. Vor allen Dingen aber muss man sich hüten, die Angaben der Angehörigen kritiklos hinzunehmen, besonders insofern sie geneigt sind, Zeichen der bereits lange vorhandenen Störung noch als Ursachen anzusehen, z. B. Excesse aller Art.

Zunächst sind die **erblichen Verhältnisse** festzustellen. Man erforsche, ob bei Eltern, Grosseltern oder Geschwistern Geisteskrankheit vorgekommen ist. Weiter ist zu ergründen, welcher Form ein solches Leiden gewesen, ob es mit Genesung oder wie sonst geendet und wie lang seine Dauer gewesen, weil auch alle diese näheren Umstände von Werth sein können für die Beurtheilung des vorliegenden Falles, dessen Verlauf ja nicht selten ein ähnlicher wird. Ferner sind Fragen zu stellen nach Nervenkrankheiten aller Art, besonders nach Epilepsie, Hysterie, Schlaganfällen und Rückenmarksleiden. Dann aber ist es durchaus nöthig, noch den Stammbaum der Familie in ethischer Richtung zu bestimmen; besondere Leidenschaften und Neigungen, Affecte und Triebe müssen unsere Aufmerksamkeit in besonderer Weise auf sich ziehen. Trunksucht und Wollust sind bei den Vorfahren zu bemerken. Endlich ist auf das Genaueste zu erforschen, ob Neigung zum Selbstmord bei irgend welchen Familiengliedern vorgekommen ist, da diese Neigung besonders oft vererbt wird und zu den verderblichsten Zeichen der erblichen Psychosen gehört.

Unter Umständen darf man auch nicht vergessen zu fragen, ob die Eltern an Syphilis oder Tuberculose litten. Auch die Frage ob die Zeugung des Kranken im Rausch oder epileptischen Zustand geschah, kann nothwendig werden.

An die Feststellung der erblichen Verhältnisse hat sich diejenige der besonderen **Entwicklungs- und Wachsthumsgeschichte** des Kranken zu schliessen. Namentlich wird man sich erkundigen, ob schädliche Einflüsse während der Schwangerschaft und unter der Geburt auf die Frucht einwirkten, und ob in der ersten Kindheit die Gehirnentwicklung durch Krankheiten beeinträchtigt wurde,

ferner ob später Krämpfe auftraten. Darauf sind die Besonderheiten der weitern körperlichen Entwicklung zu berücksichtigen, besonders die geschlechtliche, ihre etwaigen Ausartungen, wie Masturbation, der rechtzeitige oder frühzeitige Eintritt der Pubertät und Menstruation. Die Fragen über die gleichzeitige geistige Entwicklung erstrecken sich auf den zeitlichen Eintritt des Sprechens, das Fortkommen in der Schule, gesellige Neigungen und Schwärmereien, überhaupt auf alle etwaigen Eigenthümlichkeiten des Charakters und seiner Entwicklung. Eine gewisse Berücksichtigung erfordert zuweilen die möglicherweise vorliegende geistige Ueberanstrengung in der Schulzeit, oder der Grad der Leistungsfähigkeit gegenüber den gewöhnlichen Anforderungen in der Schule. In einzelnen Gegenden wird schon der Zeitpunkt, an dem die Confirmation stattfinden konnte, einen äussern Massstab abgeben für den Verlauf der geistigen Entwicklung. Da eine allgemeine Kenntniss der Ursachen geistiger Störungen bei dem Versuch einer psychiatrischen Diagnose vorausgesetzt werden muss, genügt es zu erinnern, dass bei der Erörterung der persönlichen Verhältnisse in späteren Lebensaltern Fragen nach allen den schwächenden Krankheiten gestellt werden müssen, die Blutarmuth mit sich führen und, wie fieberhafte Zustände, das gesammte Centralnervensystem erschüttern. Die allgemeine Ursachenlehre muss den Untersuchenden leiten. Vielleicht verdienen der Verlauf von Schwangerschaften und Wochenbetten vorzugsweise die Aufmerksamkeit.

Die Beantwortung der wohl selbstverständlichen Frage nach dem **Beruf** kann durch Berücksichtigung besonderer Schädlichkeiten desselben von ausserordentlicher Wichtigkeit für die Beurtheilung und Behandlung werden. Daran schliesst sich die Erkundigung nach dem **Civilstand,** den ehelichen und socialen Verhältnissen, überhaupt nach der äussern materiellen Lage, dem Erwerb, dem Stande eines Geschäftes u. s. w. Ferner ob der Erkrankende den Anforderungen seines Berufes gewachsen war, darin Befriedigung fand oder ob andere Interessen seine Thätigkeit in Anspruch nahmen.

Eine ganz hervorragende Wichtigkeit hat die Beachtung des Schwindens **ethischer** Gefühle, der Liebe zu den Angehörigen, weiter mangelndes Schicklichkeitsgefühl, überhaupt der Verlust der **ästhetischen** Gefühle, und dies Alles um so mehr, wenn es früheren Gewohnheiten widerspricht.

Die Schwierigkeiten aus solchen Angaben den Zeitpunkt der beginnenden krankhaften Veränderung im geistigen Leben festzustellen, ist schon mehrfach erörtert worden; doch sind Fragen darüber durch-

aus nöthig, um überhaupt ein Bild von dem **Verlauf** der Krankheit zu gewinnen. Man will wissen, ob der Beginn ein plötzlicher oder allmälicher war, ob im Anfang oder später Bewusstseinsstörungen stattfanden, ob der Verlauf schubweise oder in beständiger Weise vor sich ging. Man muss einen Stimmungswechsel beachten, und nähert sich auf diesem Wege der rückläufigen Verfolgung des Krankheitsverlaufes so naturgemäss den Zeichen des Irreseins, die wir bei Erörterung der allgemeinen Diagnostik schon oben betrachtet haben. Die Aufnahme der Anamnese wird häufig jetzt eine erneute Untersuchung des augenblicklichen Geisteszustandes wünschenswerth machen und nicht selten zu einer umfassenden Würdigung der vorliegenden Erscheinungen beitragen und die richtige Diagnose fördern.

Es muss hier die dringende Bitte an den praktischen Arzt wiederholt werden, eine **möglichst ausführliche** Anamnese aufzunehmen, besonders wenn die Kranken forensisch untersucht oder in eine Irrenanstalt übergeführt werden sollen; denn da die Kranken oft, entweder die gewünschte Auskunft nicht geben wollen oder nicht geben können, wird nur durch den Bericht des Hausarztes an einem andern Ort einestheils die richtige Beurtheilung, andrerseits die zweckmässige Behandlung ermöglicht. Fehlt die Anamnese, so entbehrt der Richter oft jeglichen Massstab zur Beurtheilung der vorhandenen Erscheinungen, und der Anstaltsarzt ist nicht mehr in der Lage den Verlauf der Krankheit festzustellen. Die Forderung nach einer sorgfältigen Anamnese geschieht aber namentlich auch im Interesse der Kranken, da eine Besserung sehr wesentlich abhängt von einem rechtzeitigen Eintritt der richtigen Behandlung.

Nicht nur der Vollständigkeit halber, sondern als vollwerthiges Material der psychiatrischen Diagnose folgt jetzt die eingehende **körperliche Untersuchung** Auch hier schreite man vom Allgemeinen zum Besondern. Die Beschaffenheit des Schlafes ist die wichtigste Frage, da die Behandlung hier immer mit der besten Aussicht auf Erfolg eingreifen kann. Man achtet auf den allgemeinen Ernährungszustand, die Entwickelung des Fettpolsters, die Stärke der Muskulatur; man suche das Körpergewicht festzustellen, namentlich wenn dasselbe schon aus früheren Zeiten bekannt ist, weil der Unterschied zu wichtigen Schlüssen berechtigt, wie uns die allgemeine Prognostik lehrte. Immer wird man versuchen, sich ein Urtheil darüber zu bilden, ob das gesammte Aussehen dem Lebensalter des Kranken entspricht, oder ob ein frühzeitiges Altern daraus hervorgeht.

Die Untersuchung der Temperatur erfordert oft eine besondere Sorgfalt; wenn eine Steigerung auch nur wenigen Psychosen zukommt,

wie z. B. den heftigsten Graden der Tobsucht und einzelnen Abschnitten der paralytischen Seelenstörung, und wenn andrerseits die häufigen subnormalen Temperaturen bei Melancholischen und Blödsinnigen nur geringe Grade erreichen, so ist doch eine Temperaturmessung als Hülfsmittel der Erkennung begleitender körperlicher Krankheiten regelmässig vorzunehmen, weil vielfach die andern diagnostischen Hülfsmittel ungenügend sind, besonders subjective Empfindungen und Beobachtungen häufig nicht ausgesprochen werden. Die herabgesetzte Temperatur ist natürlich vielfach nur ein Ausdruck für das Darniederliegen des Blutkreislaufes.

Fast ausnahmslos ist das Blutgefässsystem in irgend einem Abschnitt betheiligt; diese Theilnahme des **vasomotorischen Systems** findet ihren deutlichen Ausdruck in Lähmungen grösserer Gefässgebiete, die dann in Blutüberfüllung zu Tage treten, oder in mehr oder weniger begrenzten Gebieten, deren Blutgefässwandungen einen abgeschwächten Widerstand gegen die andrängende Blutsäule ausüben; in beiden Fällen ist der Puls eines der sichersten Hülfsmittel zur Erkennung dieser Zustände, und kann unter Umständen auch die Aufnahme einer sphygmographischen Curve wünschenswerth werden, wenn es sich darum handelt, entweder den augenblicklichen Zustand mit späteren zu vergleichen oder in einem Gutachten anderen Instanzen Gelegenheit zu verschaffen, die Richtigkeit der früheren Beobachtung zu beweisen. Ein etwas geübtes Fingergefühl kann aber auch leicht ohne andere Hülfsmittel den besonders auffälligen Pulsus tardus vieler Geisteskranken unterscheiden und daneben die Fülle, Schnelligkeit und Häufigkeit der einzelnen Schläge bestimmen.

Eine physikalisehe Untersuchung der **Lungen** darf man um so weniger verabsäumen, als Lungenkrankheiten bei Geisteskranken zuweilen ohne Temperatursteigerung verlaufen.

Der Zustand der **Verdauungsorgane** verdient natürlich eine genaue Beachtung; namentlich der Magenkatarrh in frischen Fällen von Melancholie erfordert sie, da es sehr wahrscheinlich ist, dass er ein untrennbar von der Gesammterkrankung aufzufassendes Zeichen ist und zuweilen sogar die erste Veranlassung werden kann, die zu Vorstellungen führt, aus denen sich Nahrungsverweigerung entwickelt. Eine rechtzeitige Behandlung dieses Begleitzustandes kann daher sehr wesentlich den Verlauf der Krankheit günstiger gestalten.

Nicht so einfach zu beantworten ist die Frage, ob eine **gynäkologische Untersuchung** vorgenommen werden soll. Jedenfalls sind

hierfür nur geeignete Fälle auszusuchen, besonders ist der Wunsch der Kranken nicht dafür entscheidend, da nicht selten sexuelle Erregungen dazu veranlassen und dann natürlich nur eine Befriedigung dieser Begierde gesucht wird. Auch ist der Wunsch der Angehörigen in dieser Richtung nicht oft zu berücksichtigen, da auf diesem Gebiete Vorurtheile noch viel zu sehr im Publicum Verbreitung finden. Es ist also äusserste Vorsicht anzurathen, lieber zu wenig als zu oft zu untersuchen, da wir aus der Ursachenlehre wissen, dass verhältnissmässig selten der Behandlung zugängliche Leiden des Genitalapparats Psychosen veranlassen. Namentlich junge Aerzte werden sich hüten vor unnöthigen Untersuchungen, und thun sicher gut, solche immer nur vor Zeugen vorzunehmen.

Dass eine Untersuchung des **Urins** erwünscht ist, ist ziemlich selbstverständlich; in allen Fällen starker Abmagerung versäume man neben der Prüfung auf Eiweiss auch nicht eine solche auf Zucker, da Diabetes keine so seltene Begleitung der Erkrankungen des Centralnervensystems ist. Ueberhaupt wird man allen Absonderungen, so auch dem **Speichel,** seine Aufmerksamkeit zuwenden, wie denn schliesslich keine Zeichen irgend welcher körperlichen Krankheiten als unwesentlich für die psychiatrische Diagnose angesehen werden sollten.

Eine besondere Erwähnung bedarf die Untersuchung des **Augenhintergrundes** durch den Augenspiegel. Blutüberfüllung des Gehirns und des innern Auges gehen oft Hand in Hand. Die Stauungspapille erlaubt ja den Schluss auf raumbeschränkende Veränderungen in der Schädelkapsel. Aber auch bei einfachen Psychosen findet man Congestionen zur Netzhaut und Papille. Netzhauterkrankungen, besonders Retinitis pigmentosa, und Trübungen der brechenden Medien können die Entstehung etwaiger Gesichtstäuschungen erklären helfen. Daher ist auch eine wiederholte perimetrische Untersuchung erwünscht.

Von gleicher Wichtigkeit ist die Untersuchung des **Ohres.** Verhältnissmässig oft ist es schon gelungen durch Entfernung von verhärteten Ohrpfröpfen Gehörstäuschungen zu beseitigen oder zu lindern. Ausserdem kann eine Verstopfung des Ohrs durch Watte oder feste Körper zuweilen den Verdacht auf Gehörstäuschungen leiten, die sonst vielleicht aus dem Wesen und den Reden des Kranken nicht hervorgingen. Furunkel und Katarrhe des Gehörganges sowie der Ohrtrompete und der benachbarten Rachenschleimhaut sind festzustellen und zu behandeln. Mit dem Ohrspiegel kann man Entzündungen des Trommelfells und Mittelohrs erkennen und unter Umständen die Diagnose von eitrigen Hirnhautentzündungen und Sinusthrombosen

bestätigen, deren gelegentlicher Zusammenhang mit Psychosen beobachtet ist.

Auch die Untersuchung der **Nase** sollte man mit Rücksicht auf Geruchstäuschungen nicht unterlassen, da z. B. eine Ozaena ein dankbarer Gegenstand der Behandlung sein kann. Die Geschmacksfunction wird im Ganzen wegen ihres unbestimmten Charakters der Untersuchung grosse Schwierigkeiten bieten.

Auf die Einzelheiten einer Prüfung des Hautsinns einzugehen, ist hier nicht möglich; alle Untersuchungen, die von Neurologen geübt werden, können verwerthet werden, namentlich die elektrischen Methoden. Da die Elektrodiagnostik aber kein Allgemeingut aller Aerzte ist, kann hier nur aufmerksam darauf gemacht werden, dass alle Prüfungen der **Sensibilität** wegen des gestörten Bewusstseinsinhaltes mancher Kranken nur sehr vorsichtig zu verwerthen sind. Am Wichtigsten ist die Feststellung etwaiger Rückenmarksleiden und der Beziehung von Gefühlsstörungen zu Sinnestäuschungen. Ebenfalls dient eine elektrische Untersuchung der Muskelreaction ähnlichen Zwecken. Ueberhaupt ist aber die Untersuchung der **Motilität** von so grosser Wichtigkeit, weil ihre Störungen, wenn sie sich an Geisteskrankheiten knüpfen, fast immer der Ausdruck tiefergehender Erkrankungen des Gehirns sind und daher meistens einen Hinweis auf Gefahren enthalten, die dem Leben des Kranken drohen. Auch die Verbindung von Psychosen mit Herderkrankungen des Gehirns und äusseren Verletzungen bringt mannichfache Bilder von Bewegungsstörungen zu Stande. Eine gewisse Vorsicht ist natürlich gegenüber solchen Störungen der Muskelthätigkeit zu beobachten, die angeboren sind oder schon lange vor Entstehen der geistigen Störung erworben waren, also in keiner unmittelbaren Verbindung mit ihnen stehen. Ferner darf ihre Bedeutung nicht zu hoch angeschlagen werden in Fällen schwerer Alcoholvergiftung. Die Beobachtung des weiteren Verlaufs und die sicher festzustellende Anamnese müssen die Verwechslung mit den meistens dauernderen ähnlichen Störungen bei paralytischer Seelenstörung verhindern. Andererseits aber schliesst das Wechselnde mancher Lähmungen durchaus nicht eine tiefere Erkrankung des Gehirns aus. So beobachtet man z. B. grade im Verlauf der Dementia paralytica, dass Lähmungen ihrem Orte nach wechseln, für einige Zeit auch ganz schwinden, ohne dass die Diagnose dadurch schwankend oder auch nur eine wesentliche Besserung des Krankheitszustandes dadurch festgestellt würde. Halbseitige Lähmungen können hier in Stunden oder nach einigen Tagen schwinden, Unter-

schiede in der Weite der Pupillen von einer auf die andere Seite überspringen. Ebenso wenig absolute Gültigkeit können aber wechselnde oder dauernde Störungen dieser Art für die Diagnose auf paralytische Seelenstörung beanspruchen, da sie auch bei einigen andern Geisteskrankheiten vorkommen können, wie z. B. einige Krampferscheinungen in der Epilepsie. Irrthümer sind nur ausgeschlossen bei gleichzeitiger Verwerthung aller sonstigen Erscheinungen und der Beobachtung des Verlaufes des gerade vorliegenden Falles. Unter diesen Gesichtspunkten hat die Untersuchung der motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen ihren Hauptwerth also für die Stellung einer Differential-Diagnose zwischen paralytischen und einfachen Seelenstörungen; ebenso die Prüfung der Haut- und Sehnenreflexe. Ihre genauere Erörterung findet darum bei der Darstellung der Dementia paralytica ihre Stelle, wo auch die wichtigen Erscheinungen in der Beweglichkeit der Pupille zur Sprache kommen. Hier ist aber noch anzuführen, dass sehr weite Pupillen bei Hysterischen und Maniakalischen häufig vorkommen mit gut erhaltener Beweglichkeit bei Lichtwechsel und Accommodation, während diese im epileptischen Anfall, bei Hirnhautentzündung, überhaupt bei Hirndruck gleichzeitig fehlt. Die Beweglichkeit bei engen Pupillen ist im Allgemeinen schwer festzustellen; Pupillenverengerung ist aber an und für sich in ihren höchsten Graden ein wichtiges Zeichen für tiefergehende Erkrankungen des Gehirns, und gerade bei beginnender Dementia paralytica eine sehr häufige Erscheinung.

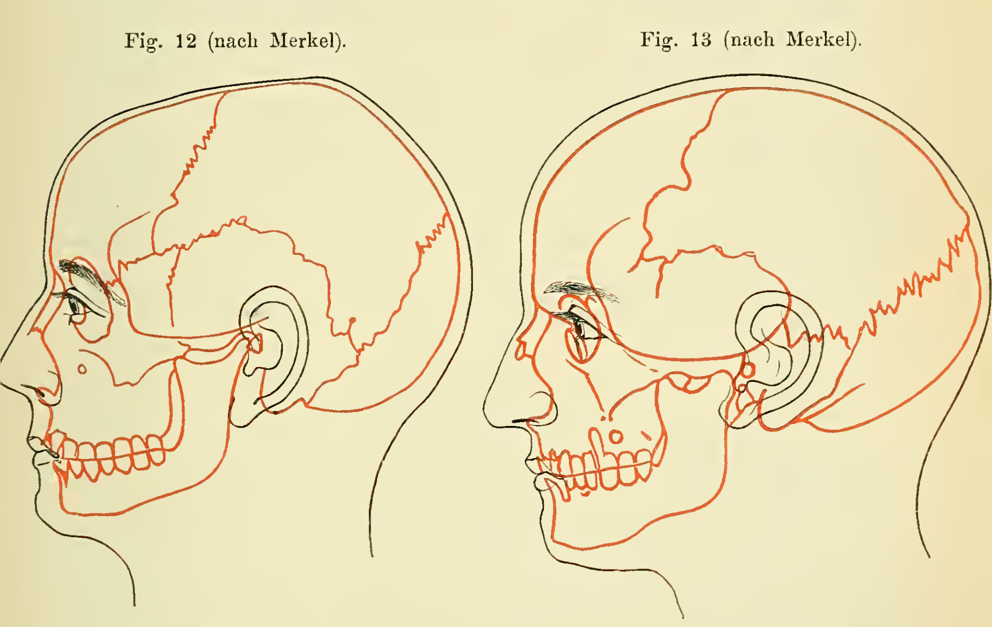
Es würde zu einer wiederholten Schilderung der meisten körperlichen Begleiterscheinungen führen, die in der allgemeinen Zeichenlehre schon gegeben ist, wenn auf ihre Bedeutung für die Diagnose noch wieder hingewiesen würde; so unterbleibt unter Anderm hier z. B. die Erörterung der Degenerationszeichen.

Von grossem wissenschaftlichen Interesse ist die Untersuchung des **Schädels** und seiner Beziehungen zu geistigen Erkrankungen für die allgemeine Diagnose, obwohl ihr Werth im besondern Falle nur dann ein grösserer zu sein pflegt, wenn es sich um hochgradige, schon ohne Weiteres der Betrachtung zugängliche Veränderungen und Abweichungen handelt; daher genügen für die Diagnose einer Psychose nur die allerhochgradigsten Verengerungen, Erweiterungen und Ungleichheiten des Schädels, weil diese höchsten Grade erfahrungsmässig niemals mit völliger geistiger Unversehrtheit zusammentreffen, während die feineren, erst mit Hülfe genauer Messungen feststellbaren Abweichungen höchstens die allgemeine Vermuthung unterstützen, dass mit ihnen Störungen in der Hirnentwicklung vor sich gegangen sind.

Doch ist es namentlich für gerichtliche Untersuchungen vielfach gebräuchlich, die Schädelmaasse anzuführen, so dass wir auch diese Art der diagnostischen Untersuchung kennen lernen müssen.

Schon der Schädel der Gesunden zeigt zuweilen aber Abweichungen, die man kennen muss, um sie nicht als krankhafte anzusehen. Dazu gehören die geschlechtlichen Verschiedenheiten. Der weibliche Schädel ist im Ganzen kleiner, seine Höhe ist geringer, aber er ist mehr in die Breite entwickelt. Die Schädelbasis des Weibes ist schmäler und kürzer. Die auch an der Lebenden am Meisten in die Augen springende Eigenthümlichkeit des weiblichen Schädels ist

Fig. 12 (nach Merkel). Fig. 13 (nach Merkel).

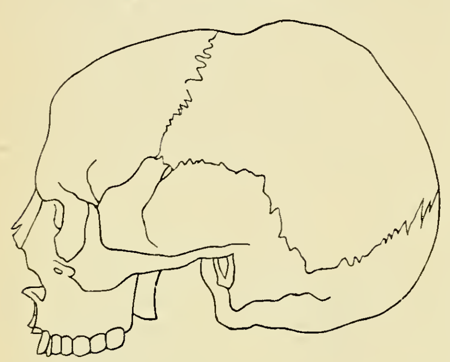


jedoch, im Profil gesehen, die Umgrenzung der oberen Wölbung; eine Abflachung der Scheitelgegend geht ziemlich plötzlich einerseits in die senkrechte Stirnlinie, andrerseits in die abfallende Linie des Hinterhauptes über, so dass beiderseits mehr oder weniger winkelige Biegungen entstehen. Beim Männerschädel ist diese Umgrenzung bogenförmig; von Vorn gesehen ist er auch noch unterschieden durch ein kräftigeres Hervortreten der Scheitelbeinhöcker. er wird dadurch eckig im Gegensatz zu dem gerundeten weiblichen Schädel.

An der Grenze krankhafter Veränderungen der Schädelform finden sich bei den verschiedensten Völkern zahlreiche Schädelbil-

dungen, die für die Diagnose geistiger Störungen nicht sofort verwerthet werden können, weil sie oft bei Gesunden beobachtet werden; so z. B. grosse gleichmässig entwickelte Schädel, Kephalonen, während die kleinen, Mikrocephalen, allerdings meistens krankhafte Bildung des Hirns verrathen; unter den andern will ich nur auf eine sehr häufige Form aufmerksam machen, den sogenannten Sattelkopf; die nebenstehende Figur 14 zeigt, dass eine sattelförmige Einziehung an Stelle der ehemaligen grossen Fontanelle sein Kennzeichen ist.

Fig. 14 (nach Merkel).



Für manche dieser Formen hat man auch besondere Namen; Flachköpfe, Thurmköpfe u. s. w. Viele Formen gehören weniger in das Bereich der Psychiatrie als der Völkerkunde; aber gerade das Hauptmerkmal für die Eintheiluug bei einer ethnographischen Betrachtung, die Unterscheidung nach der Länge und Kürze des Gehirnschädels werden wir immer besonders zu berücksichtigen haben.

Der weiteren Betrachtung des Schädels als Ganzem muss noch die Bemerkung vorausgeschickt werden, dass eine Beziehung von einzelnen Hirntheilen, wie die alte Phrenologie es wollte, durch Hervortreten entsprechend gelegener Hirnbuckel nicht vorkommt. Ganz wesentlich kommt dabei die Thatsache in Betracht, dass das fötale Gehirn den Schädel keineswegs völlig ausfüllt, denn zwischen beiden bleibt ein beträchtlicher mit Flüssigkeit gefüllter Raum; bei seinem weiteren Wachsen verändert es seine Lage zum Schädel dadurch, dass seine Halbkugeln ganz vorherrschend von Vorn nach Hinten sich ausdehnen. Obwohl man nicht sicher weiss, wie lange das Gehirn wächst — wahrscheinlich mindestens bis zum 25. Lebensjahr — so hört das Wachsthum des Schädels schon viel früher auf; daraus folgt, dass von dauernder Nebeneinanderlagerung bestimmter Hirntheile und Schädeltheile jedenfalls erst in sehr spätem Lebensalter die Rede sein kann. Von der Geburt bis etwa zum 7. Lebensjahr wächst der Schädel rasch, dann folgt bis zur Pubertät ein fast völliger Stillstand, und gerade für diese Zeit wird ein grösseres Wachsthum des Gehirns wieder angenommen, während die Schule ihm massenhaften Lehrstoff zubringt. Von der

Pubertät an wächst der Schädel wieder gleichmässiger, aber individuell in sehr verschiedener Weise.

Drei Gesichtspunkte müssen nun für das Wachsthum des Schädels überhaupt, namentlich für den uns wichtigeren Gehirnschädel beachtet werden. Diese sind: das Hirnwachsthum als von Innen nach Aussen drückende Kraft, die Einwirkung des Zuges oder Druckes, der sich an den Schädel setzenden Muskeln, und endlich die Beschaffenheit des Knochens selbst. Diese allmälich und beständig wirkenden, wenn auch leisen Einflüsse sind massgebender als die vorübergehendenen weit kräftigeren des Beckendrucks unter der Geburt; nicht weil diese sich immer wieder bald ausgleichen — im Gegentheil sie können sich Monate und Jahre behaupten — sondern weil das kindliche Gehirn zu dieser Zeit noch zu unfertig ist und wie erwähnt grossen Spielraum im Schädel besitzt. Aus demselben Grunde scheinen auch die künstlichen Missgestaltungen von Kinderschädeln durch Einwicklungen nicht so bedenklich zu sein. Jene drei Wirkungsweisen müssen wir uns aber immer als gleichzeitige denken, während ihre einseitige Betrachtung irreleiten würde. Dass das Hirnwachsthum die Schädelbildung beeinflusst, zeigen die einseitig abgeflachten Schädel von Idioten, deren eine Hirnhalbkugel verkümmert ist; geringere Abweichungen der Schädelhälften, wie sie jeder Hutmacher nachweisen kann, haben für die psychiatrische Diagnose indessen nur einen geringen Werth; wenn sie unzweifelhaft auch vom Hirnwachsthum abhängen können, so fällt diese Erscheinung doch zu sehr in die Breite der Gesundheit, als dass sie den Irrenarzt zu weiter gehenden Schlüssen bewegen dürfte.

Unter den Muskelkräften spielen der Zug der Muskeln am Nacken, und der Druck der Kaumuskeln die grösste Rolle; eine stark entwickelte Nackenmusculatur flacht bei entsprechender Thätigkeit die Wölbung der Hinterhauptsschuppe ab, während eine schwache ihre Ausbauchung bedingt; bei gleichzeitiger Weichheit des Knochens, wie bei allgemeiner Rhachitis, kann dadurch eine bedeutende Missstaltung auftreten. Kräftige Schläfenmuskeln verschmälern den Gehirnschädel. Je nachdem nun die vordere oder hintere Hälfte des Kopfes an Ausdehnung und Gewicht überwiegt, wird namentlich die Thätigkeit der Nackenmuskeln eingreifen können, um den durch seine Schwere schwankenden Kopf nicht nach dem längeren Hebelarme überwiegen zu lassen. Bei einer Beschäftigung, die zu dauernder Schiefhaltung des Rumpfes und darum auch des Kopfes zwingt, z. B. bei Tischlern, wirken die Nackenmuskeln einseitig, und kommt es zur Schiefheit des Schädels; ein solcher skoliotischer Arbeits-

schädel ist natürlich kein Zeichen geistiger Störung. In ähnlicher Weise können durch ungleichmässige Wirkung der Kopfnicker, zunächst am Schädelgrunde auftretende Verschiebungen sich auch auf sein Gewölbe übertragen. Solche Dinge muss man wissen, um die Bedeutung der Schädelverbiegungen nicht sofort in psychiatrischem Sinne zu verwenden.

Auf Grund allgemeiner Rhachitis kann dann das Knochenwachsthum verändert sein, wobei die Entkalkung die Festigkeit und den Widerstand gegen alle von Innen und Aussen einwirkenden Einflüsse vermindert. So kann auch beständiges Liegen auf dem Hinterkopfe bei rhachitischen Kindern schädlich sein. Von anderer Bedeutung ist die Verknöcherung des Schädels in seinen Näthen; im Allgemeinen gilt der Satz, dass die Entwickelung des Schädels jedesmal in der Richtung zurückbleibt, die senkrecht zu einer sich verknöchernden Nath steht. Findet die Verwachsung der Näthe frühzeitig statt, so führt sie zu ausserordentlich starken Veränderungen, besonders vom Schädelgrunde aus. Es ist nicht sicher, ob die Ursache hier ein Aufhören des früheren Wachsens der Knochenränder ist, oder ob die in der Mitte der flachen Knochen liegenden Verknöcherungspunkte ihre Thätigkeit eingestellt haben müssen, wenn es zum Verstreichen der Näthe kommt. Aber jedenfalls spielen hier weniger örtliche Verhältnisse eine Rolle, als allgemeine Erkrankungen, die auch das Wachsthum der Knochen aufhalten.

Dass frühzeitige Hirnhautentzündungen die Druckverhältnisse im Schädel wesentlich ändern können, und dann in Verbindung mit den andern erwähnten, von Aussen wirkenden Schädlichkeiten verschiedene Schädelmissstaltungen hervorrufen — man denke an die bekannten Wasserköpfe — muss hier erwähnt werden.

Bei grossen Höhlen in den Stirnknochen kann die äussere Form des Schädels sehr wenig seinem Rauminhalt entsprechen, wie denn überhaupt die Dicke des Schädels nicht am Lebenden erkannt werden kann.

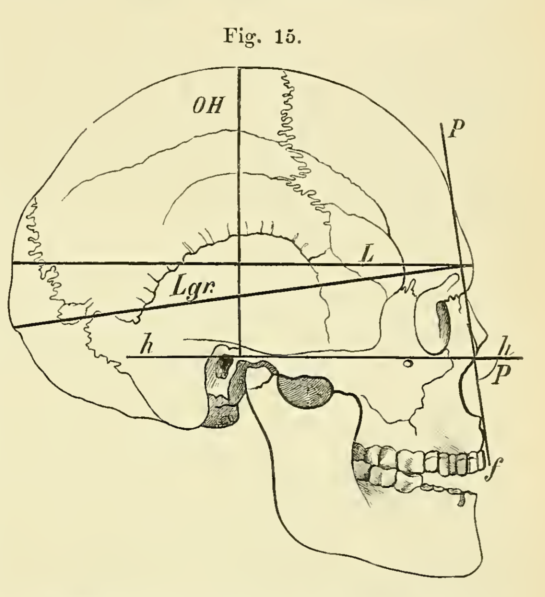
Es kann nun eine messende Untersuchung feinerer Unterschiede nicht entbehrt werden, wenn auch geübte Augen und die Betastung geübter Finger oft Genügendes leisten. Geringere Grade von Schädelabweichungen festzustellen, benutzt man bestimmte Massmethoden und zieht Vergleiche mit bekannten Durchschnittsmassen.

Indem wir uns nun umsehen nach der einfachsten und gebräuchlichsten Untersuchungsweise, ist zu bemerken, dass zur Zeit verschiedene neue vielversprechende Arten die früher gewöhnlichen zu übertreffen drohen, da sie aber für den Gebrauch des praktischen Arztes

noch nicht einfach genug sind, wird man gut thun, dem Verfahren zu folgen, welches die deutsche Gesellschaft für Anthropologie übt. Allerdings beziehen sich deren Masse nur auf den von Weichtheilen entblössten Schädel, aber die Verhältnisszahlen bleiben doch nach einem geringen Abzuge von den beim Lebenden gemessenen Massen in ihrer Bedeutung bestehen.

Ueberhaupt aber ist die Zahl der verwerthbaren Masse eine beschränkte. Die am macerirten Schädel zu Grunde gelegte Horizontalebene (vgl. Fig. 15 hh.) ist unter Umständen aufzusuchen; sie wird bestimmt durch zwei Gerade, welche beiderseits den tiefsten Punkt des untern Augenhöhlenrandes mit dem senkrecht über der Mitte der Ohröffnung liegenden Punkt des oberen Randes des Gehörganges verbinden. Am Lebenden ist diese Ebene natürlich nur annähernd bestimmbar, da es sich einmal darum handeln sollte den knöchernen Gehörgang aufzusuchen, — doch ist der Fehler nicht so gross, den die Benützung des Ohreinganges am Lebenden mit sich führt — andererseits muss man den lebenden Kopf entgegen dem Zuge an ihm befestigter Muskel so feststellen, dass die aufgesuchte Ebene parallel dem natürlichen Horizont gestellt erscheint; eine Aufgabe, die am skeletirten Schädel natürlich um Vieles genauer ausführbar ist. Ein umgelegter Kautschukring erleichtert die Sichtbarmachung dieser Ebene. Es ist aber nöthig, die Horizontalebenen schon für Aufnahmen des Längenmasses des Schädels zu bestimmen, da bei lang ausgezogenem Hinterhaupte die grösste Länge Lgr (geht zur Protuberantia occipitalis externa) nicht zusammenfällt mit dem gebräuchlichen Längenmass, der sog. geraden Länge L, die von der Mitte der Augenbrauenbogen, auf dem Stirn-

Fig. 15.



Zusammengestellt aus mehreren Figuren im Correspondenzblatt der deutschen Gesellsch. für Anthropologie 1883 Januar Nr. 1.

Nasenwulst zum vorragendsten Punkt des Hinterhauptes, parallel mit der Horizontalebene gemessen wird. Das einzige beim Lebenden messbare Höhenmass des Schädels bedarf zur Bestimmung der Scheitelhöhe wieder der Horizontalebene, indem man von dem obern Rande des Gehörganges bis zum senkrecht darüber stehenden Punkt des Scheitels, aber mit Rücksicht auf die Horizontalebene, mit dem Schiebezirkel misst. Dieses Mass heisst die auriculare oder Ohrhöhe, OH. Die grösste Breite wird gemessen, wo sie sich findet, nur mit Ausschluss des Zitzenfortsatzes, und müssen die Messpunkte in einer Horizontalebene liegen, die man am Bequemsten parallel zu der bekannten stellt. Mit einem einfachen Zirkel misst man dann noch den Abstand der Jochbeinfortsätze und denjenigen der Pori acustici, während die übrigen hier angeführten wichtigeren Maasse mit einem Bandmaasse gemessen werden.

Ein gewisses Verhältniss der Breite zur Länge bedingt die Bezeichnung als Langschädel, Kurzschädel oder die Zugehörigkeit zur dazwischen liegenden Mesocephalie; man hat dafür die Bezeichnung eines sogenannten Schädelindex eingeführt, dessen Werth in Zahlen ausgedrückt ist, wenn man den Breitendurchmesser mit 100 multiplicirt, und die Summe durch den Längsdurchmesser theilt. Endlich kann man noch die Neigung der Profillinie pf zur Horizontalebene benutzen, um den Profilwinkel P zu bestimmen; man nennt Personen, bei denen der Winkel beträchtlicher von einem rechten abweicht, Schiefzähner (Prognathen), im Gegensatz zu den mit steilerem Winkel ausgestatteten Gradezähnern (Orthognathen); diese Winkelmessung ist wichtig, weil Prognathie fast immer mit vorzeitigem Abschluss des Knochenwachsthums der Keilbeine und des Siebbeins einhergeht, und daher eine sogenannte sphenoidale Kyphose anzeigt, an die sich unter anderm besonders auch cretinische Missbildungen anschliessen.

Als mittlere Maasse für den Lebenden werden nun folgende angegeben:

	Mann	Weib
Grader Längsdurchmesser . . .	18 *cm*	17·5 *cm*
Grösster Breitendurchmesser . .	15 „	14 „
Ohrhöhe.	11 „	10·5 „
Abstand der Jochbeinfortsätze .	11 „	11 „
Abstand der Pori acustici . . .	12·5 „	11·5 „
Horizontaler Schädelumfang, (bestimmt durch die Endpunkte des grössten Längsdurchmessers)	55 „	53 „

	Mann:	Weib:
Sagittaler Umfang (von der Nasenwurzel zur Protuberantia occipitalis externa)	35 *cm*	33 *cm*

Profilwinkel:

Prognathie 82°

Orthogonathie 83°—90°

Längen- Breiten-Index $= \frac{100 \times \text{Breite}}{\text{Länge}}$:

Dolichocephalie bis 75 (Langschädel)

Mesocephalie 75—80

Brachycephalie 80—85 (Kurzschädel)

Ausserdem kann man noch folgende Masse nehmen, die namentlich Ungleichmässigkeiten der vordern und hinteren Schädelhälfte zum Ausdruck bringen, während die seitlichen erkannt werden durch Vergleich der getrennt zu nehmenden seitlichen Halb-Umfänge.

	Mann:	Weib:
Ohr-Hinterhaupts-Linie (vom vordern Rand eines Processus mastoideus zum andern über die Protub. occipit. ext.)	24 *cm*	22 *cm*
Ohr-Stirn-Linie (vom vordern Rand eines Porus acusticus zum andern über die Glabella)	30 „	28 „

Für Bogenmasse über den Scheitel bieten die Jochbögen nur unsichere Ausgangspunkte. Eine Ohr-Scheitel-Linie in der Ebene der Ohrhöhen wäre sicherer, ist aber ungebräuchlich.

Die Aufzählung der verschiedenen Punkte, die im Vorstehenden zu einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung als nöthig bezeichnet wurden, ist damit noch nicht einmal ans Ende gelangt. So ist es z. B. nöthig, die Einzelheiten der **Sprache**, zuweilen beim lauten Vorlesen sowie der **Schrift** auf das Genaueste zu beachten; Schriftstücke können namentlich in den Fällen von grosser Wichtigkeit werden, wo es nöthig ist, ein Urtheil zu gewinnen, ohne den Kranken gesehen zu haben. Wenn z. B. ein Urtheil verlangt wird über den Geisteszustand eines verstorbenen Testators zur Zeit der Errichtung seines Testamentes, über den Geisteszustand eines Angeschuldigten zur Zeit der ihm zur Last gelegten That. Ausserdem ist es eine sehr gewöhnliche Thatsache, dass Kranke, die in der Unterhaltung ihren Zustand sehr gut zu verhehlen wissen, in Briefen sich ganz unbefangen mit ihren krankhaften Vorstellungen hervorwagen. Ebenso lassen die Schriftzüge nicht selten schon eher als

die sonstige Beobachtung motorische Störungen hervortreten, die ein sicheres Urtheil anbahnen.

Im Uebrigen ist aber durchaus daran festzuhalten, dass die **persönliche Untersuchung** unabweisliches Erforderniss für die Abgabe eines ärztlichen Urtheils über einen Geisteszustand ist, und sollte sich der Arzt niemals darauf einlassen, einen Abwesenden nur nach den Berichten Anderer zu beurtheilen. Für viele Fälle wird dann bei einiger Kenntniss psychischer Störungen eine einmalige Untersuchung genügen, um die im ersten Augenblicke gewöhnlich wichtigste Frage zu entscheiden, ob bei festgestellter Krankheit die Ueberführung in eine Anstalt zur Sicherung des Kranken oder seiner Umgebung nöthig sei oder nicht, ob die Behandlung und Genesung auch in häuslichen Verhältnissen möglich ist. Jedenfalls darf die Erhebung anamnestischer Angaben die Entscheidung dieser Fragen nicht hinausschieben, da sie auch später nachgeholt werden können. Zu der völligen Erhebung des umfangreichen Thatbestandes, der den Inhalt der psychiatrischen vollständigen Untersuchung ausmacht, genügt aber überhaupt eine einmalige Untersuchung nicht, und muss namentlich in schwierigeren Fällen eine längere Beobachtungszeit gefordert werden. Die Befangenheit bei der ungewöhnlichen Untersuchung kann das Bild völlig verändern, ganz abgesehen von jenen Krankheitsformen, die nur anfallsweise hervortreten. Als Ort für eine wiederholte Beobachtung dient daher in allen zweifelhaften Fällen und namentlich auch bei vielen der bald zu erörternden Grenzzustände des Irreseins, die Irrenanstalt, weil nur in ihr eine dauernde, sachverständige Ueberwachung gesichert erscheint. Ein geschultes Wartepersonal ergänzt die Beobachtungen der persönlichen Unterhaltungen und Untersuchungen des Arztes durch genaue Berichte über Haltung, Miene, Ausdruck des Gesichts und Sprache des Kranken zu verschiedenen Tageszeiten, über seine Interessen und Neigungen, Zerstreutheit oder Versunkenheit, Leistungsfähigkeit oder Schwäche, Selbstüberschätzung oder Kleinmuth, Reizbarkeit oder Stumpfheit, Energie oder Unentschlossenheit, Geschäftigkeit oder Trägheit. Endlich ist es nur auf dem Wege fortgesetzter Beobachtung möglich, den fortschreitenden oder sich gleich bleibenden Charakter des vorliegenden Leidens, das Vorkommen von Besserungen, Verschlimmerungen, sogenannten Anfällen, das Verhalten des Schlafes, Appetites, der Verdauung und besonders des Körpergewichtes in gesicherter Weise festzustellen.

Die im Anfange dieses Abschnittes hingestellte zweite **Frage, ob** die psychische **Störung** eine **selbstständige** oder abhängig sei

von einer anderweitigen Gehirnkrankheit, kann ebenfalls sicher nur durch eine sorgfältige und fortgesetzte klinische Beobachtung gelöst werden. In dieser Hinsicht können schwere Missgriffe gemacht werden, die für die Behandlung von üblen Folgen werden; **Verwechslungen** kommen vor mit Berauschungszuständen, Typhus, acuter Meningitis und Vergiftungen. So leicht in der Regel eine **Berauschung** zu erkennen ist aus dem Geruche des Athems nach Aldehyd, aus der lallenden Sprache und dem taumelnden Gang, so gibt es doch in vielen Rauschzuständen Erscheinungen, die schlagende Aehnlichkeit mit geistigen Störungen haben. Der Rausch ist auch eigentlich nichts Anderes als ein artificielles Irresein. Wir können alle Formen des Irreseins im Rausch angedeutet finden, von jenen leicht melancholischen Zuständen, wie sie als das trunkene Elend bekannt sind, bis zu jenen äussersten Grenzen der völligen Aufhebung geistiger Thätigkeit, wie sie in den höchsten und letzten Graden des Blödsinns zum Ausdruck kommen. Dazwischen treten Zustände von Erregung auf, in denen die körperlichen und geistigen Leistungen gesteigert werden, der Gedankenfluss erleichtert ist. Erhöhtes Selbstgefühl und Bewegungsdrang erinnern an das Gebahren Tobsüchtiger, prahlerische Reden mit lallender Zunge vorgebracht, können die Unterscheidung von ähnlichen Erscheinungen bei Paralytikern fast unmöglich machen. Die Aehnlichkeit kann noch grösser werden, wenn auf Grund einer besondern Anlage der Rausch sich als rasch vorübergehende Tobsucht abspielt; zuweilen wird eine Berauschung auch die nächste Veranlassung zu einem unmittelbar aus ihr hervorgehenden dauernden Irresein. Unmöglich ist die Unterscheidung natürlich dann, wenn ein Irrer sich berauscht; meistens pflegen die besondern Erscheinungen des Rausches dann sehr heftige zu sein, oder es genügt schon ein sehr sparsamer Genuss von Alkohol den Rausch auszulösen, da die meisten Geisteskranken sehr wenig Alcohol vertragen.

Der **Typhus** erscheint im Beginn zuweilen unter dem Bilde eines maniakalischen Anfalles mit grosser Aufregung, andere Male wohl auch unter den Erscheinungen der Melancholie mit Stumpfsinn. Bei unvorbereitet eintretenden geistigen Störungen behalte man den Verdacht auf Typhus im Auge, besonders bei jüngeren Personen und zur Zeit einer Epidemie; Fieber und die andern Zeichen des Typhus werden nach einigen Tagen die richtige Diagnose erleichtern. Jedoch geschieht es leichter beim Typhus als bei andern acuten fieberhaften Infectionskrankheiten, dass die begleitende Psychose das alleinige Interesse des oberflächlichen Beobachters in Anpruch nimmt; bei andern schweren Organerkrankungen, wie z. B. einer Lungenentzündung, ist das Grundleiden nicht leicht zu übersehen.

Zuweilen kommen Fälle von verschleppter mässiger tuberculöser **Meningitis** unter den Erscheinungen einer Tobsucht in Anstalten; der weitere Verlauf bringt nach Abklingen der Erregung andere Zeichen in den Vordergrund, deren Bedeutung in Lehrbüchern der innern Medicin auseinandergesetzt wird.

2. Diagnose der Genesung.

Gegenüber der Diagnose der Erkrankung steht diejenige der Genesung. Die Erkenntniss der Genesung hat oft nicht mit geringeren Schwierigkeiten zu kämpfen, als die der eingetretenen Krankheit, und doch ist sie vielfach mindestens von gleicher Wichtigkeit, insofern es sich handelt um die Entlassung aus der Irrenanstalt oder um die Wiedereinsetzung eines unter Vormundschaft gestellten Kranken in seine bürgerlichen Rechte. Besonders schwierig wird diese Aufgabe bei Personen, die schon vor Eintritt der eigentlichen Psychose schwachsinnig oder erblich belastet waren.

Die Schwierigkeit besteht nun vor Allem darin, dass die Krankheit beweisende Erscheinungen zurückgetreten, darum aber nicht völlig verschwunden sind, sondern bei leichten Anlässen in anderer neuer Umgebung und bei vermehrten Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Betreffenden wieder hervortauchen können. Vielfach wird die vermuthete Genesung erst in der Feuerprobe des früher gewohnten Lebens ihre Beständigkeit zeigen, und ist darum auch das Urtheil der Angehörigen oft massgebender als z. B. das des Arztes der Irrenanstalt, weil die Wiederherstellung der früheren vollen Persönlichkeit, die zur Genesung verlangt werden muss, von ihnen viel besser erkannt wird. Bei der allgemeinen Prognostik sind manche einschlagende Fragen schon erörtert, namentlich die Bedeutung der Krankheitseinsicht des Reconvalescenten. Wir haben hier aber die besondere Möglichkeit zu berücksichtigen, dass Kranke wesentliche Erscheinungen ihres Leidens verhehlen. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, von denen der Kranke weiss, dass der Arzt sie als krankhaft ansieht, sucht er zuweilen zu verheimlichen, um seine Entlassung aus der Anstalt und Behandlung früher zu erreichen oder um von einer lästigen Vormundschaft frei zu werden. Eine solche **Dissimulation** findet man in grosser Gewandtheit ausgeübt von Kranken, bei denen der ursprüngliche Affect sich verloren hat, die es auch gelernt haben, bedenkliche Seiten eines Wahnsystems in geschickter Weise zu verschweigen oder durch solche Erklärungen harmlos zu machen, denen in einem oberflächlichen Gespräch nichts Un-

wahrscheinliches anzumerken ist. Entweder gelingt es aber dann, einen Widerspruch zwischen den Reden und den Handlungen aufzufinden, oder die genaue Beobachtung des früheren Verlaufs der Krankheit und der Inhalt des Vorlebens werden etwaige Zweifel an der vorgetäuschten behaupteten Genesung bestätigen. In andern Fällen wird erst die versuchte Entlassung die Dissimulation durch bald hervortretende falsche Handlungen zeigen können. Sehr gefährlich ist die Dissimulation bei selbstmordsüchtigen Melancholischen, die bisweilen mit grösster Geschicklichkeit ihre krankhaften Gefühle und Vorstellungen verbergen, Besserung und heitere Stimmung zeigen, um den stillen Vorsatz des Selbstmordes bei weniger sorgfältiger Ueberwachung doch noch zur Ausführung zu bringen. Namentlich wenn die Neigung zum Selbstmord in einer Familie sich schon mehrfach bethätigt hat, ist diese Gefahr nicht aus dem Auge zu verlieren, und nur unausgesetzte Wachsamkeit vermag hier vor bitteren Erfahrungen zu schützen. Sehr wichtig kann es in solchen Fällen werden, die Briefe und Schriftstücke zu beachten, in denen manche Kranke ihre geheimsten Gedanken niederlegen, die sie im Gespräch zu verbergen wussten. Auch können die Schriftzüge unter Umständen einen Versuch der Dissimulation aufdecken.

Von hervorragender praktischer Bedeutung ist die Untersuchung darüber, ob ein Geisteszustand echt oder nachgeahmt ist. Der Gerichtsarzt kommt verhältnissmässig oft in die Lage, ein Gutachten abgeben zu müssen, ob **Simulation** vorliegt oder nicht. Es kann hier natürlich nicht in vollem Umfange auf diese Untersuchung eingegangen werden, die eine wichtige Aufgabe der gerichtlichen Psychopathologie ist. Indessen ist die Sache doch auch von allgemeinerem Werthe, insofern auch nicht gerichtliche Fälle die Aufdeckung der Simulation verlangen können. Es ist nämlich eine bei manchen Geisteskranken vorkommende Neigung zu täuschen und zu übertreiben, vorzugsweise bei Schwachsinnigen und Hysterischen. Wenn es nun auch in der Regel gelingen wird, die absichtliche Täuschung zu erkennen, so ist es um so schwieriger, die daneben wirklich bestehende geistige Störung auszuschliessen. Noch verwickelter wird die Sache dadurch, dass die Neigung zur Simulation vorzugsweise neben solchen geistigen Störungen vorkommt, die auf erblicher Grundlage entwickelt in der Form der Entartung verlaufen und daher von den gewöhnlichen Krankheitsbildern schon an und für sich manche Abweichungen darbieten. Doch ist hervorzuheben, dass Simulation zweifelsohne am Meisten von Angeschuldigten und Verbrechern ausgeübt wird, auch ohne dass eine krankhafte geistige Grundlage besteht. Furcht vor Schande

und Strafe sind die mächtigen Beweggründe, die zum Spielen von Rollen drängen, deren Durchführung aber eine so ungewöhnliche Geschicklichkeit und Ausdauer erfordert, 'dass es meistens gelingt, den Betrüger zu entlarven. Während ein Schauspieler zeitweise von der Bühne abtritt und sich ausruht, muss der Simulant unausgesetzt vor sachverständigen Augen seine Rolle spielen. Er ermüdet dabei um so eher, als die Sucht, die einzelnen Erscheinungen zu übertreiben, einer der gewöhnlichsten Fehler der Simulanten ist. Jedenfalls ist es in einer Anstalt meistens leicht, solche Betrüger zu entlarven, und ist es daher erstes Erforderniss, zweifelhafte Fälle zur Beobachtung in eine Irrenanstalt zu schicken. Hier ist die Beobachtung ungestörten Schlafes leicht zu machen; daher werden auch Erregungszustände im Ganzen seltener simulirt. Ein anderer Fehler ist die Verbindung mehrerer Krankheitsformen mit einander, z. B. von Melancholie mit Epilepsie, die erfahrungsgemäss nicht oft gleichzeitig vorzukommen pflegen. Zuweilen wird scheinbare Unbesinnlichkeit gezeigt, Fragen werden auffallend falsch beantwortet, und doch folgt der Simulant der Unterhaltung und lässt sich veranlassen, ein darin als fehlend hingestelltes Zeichen seiner angeblichen Krankheit bald nachher zu zeigen. Hauptsächlich aber ist es ihm schwer, die körperlichen Begleiterscheinungen einer Psychose nachzuahmen, und ist z. B. allein schon die Untersuchung des Körpergewichtes bei der Nachahmung frischer Krankheitszustände oft ein wichtiger Beweis gegen ihr Bestehen, da längere Enthaltung der Nahrung den meisten Simulanten zu lästig fällt und dadurch auch nicht die Erscheinungen hervorrugerufen werden, welche das Darniederliegen des Stoffwechsels bei natürlicher Erkrankung mit sich zu führen pflegt. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Ueberzeugung sich immer weiter in den verschiedensten Kreisen ausbreitet, eine grössere Zahl von Verbrechen als man früher geglaubt hat werde durch Geisteskranke ausgeübt. Es ist namentlich das weit über die Grenzen des ausgesprochenen zweifellosen Irreseins hinausreichende Gebiet von Zuständen geistiger Minderwerthigkeit der verschiedensten Art, auf dem Handlungen entstehen, die den amtlichen Gerichtsarzt immer wieder beschäftigen.

Es muss nun als einer der wichtigsten Sätze in dieser Beziehung bezeichnet werden, dass der Arzt es zu vermeiden hat, die häufig vom Richter ihm zugeschobene Beantwortung der Frage nach der **Zurechnungsfähigkeit** eines Kranken zu geben. Selbstverständlich kann der Arzt darüber mit mehr Recht als ein Laie sich eine Ansicht bilden, aber das Urtheil darüber ist Sache des Richters. Der

Arzt ist sachverständiger Rathgeber auf Grund seines Nachweises von zweifellosen Krankheitszeichen, und gibt dem Richter dadurch ein um so werthvolleres Material an die Hand, je weniger er seine persönliche Ansicht dabei hervortreten lässt. Die ärztliche Beobachtung hat oft gezeigt, dass Geisteskrankheit nicht immer die Zurechnungsfähigkeit oder **Dispositionsfähigkeit** = Verfügungsfähigkeit im psychologischen Sinne ausschliesst. Wir gründen selbst die Behandlung der Kranken in weiterem Umfange auf die bei ihnen als vorhanden angenommene Zurechnungsfähigkeit, indem wir ihnen jede irgend mögliche Freiheit gewähren. Der Wunsch nach freier Behandlung lässt uns unter Umständen sogar gefährliche Versuche machen. Sobald die gegebene Freiheit aber missbraucht wird, wollen wir dem Kranken den Missbrauch nicht zurechnen. Ganz anders muss der Richter verfahren, der vom Standpunkte der öffentlichen Sicherheit und des Rechts zu urtheilen hat. Diese Gesichtspunkte sind nur schwer zu vereinigen und darum ist es immer richtiger, wenn der Arzt sich allein darauf beschränkt, die vom Richter nicht anfechtbare Antwort auf Gesundheit oder Krankheit zu geben, seine Ansicht über Zurechnungsfähigkeit aber gar nicht auszusprechen. Wo er selbst nicht im Stande ist, die Krankheit unumstösslich zu beweisen, bleibt ihm dann zum Besten das in seinen Augen vielleicht doch Kranken der Hinweis darauf, dass die krankhaften Züge in den Handlungen des Beschuldigten **mildernde Umstände** für die Beurtheilung sein können. Das ganze Heer der geistig Minderwerthigen wird ihn dazu veranlassen, und ist der Richter auch meistens viel eher geneigt, diese mildernden Umstände zu berücksichtigen, wenn er seiner Anschauung vom Recht nicht von vornherein durch die Forderung der Unzurechnungsfähigkeit widersprochen sieht.

Zuweilen kommt es auch nur auf die schliessliche Bezeichnung des begutachteten Zustandes an, und ist namentlich die Einführung der Form des sogenannten moralischen Irreseins in dieser Hinsicht bedenklich geworden; wenn man aber die unter diesem Namen bekannten Zustände dem Richter gegenüber als geistige Schwächezustände bezeichnet, was durchaus zutreffend ist wie wir später sehen werden, so entgeht man der Gefahr, sein Gutachten vom Richter angefochten zu sehen, der unter dem Namen des moralischen Irreseins in der Regel nur eine falsch angebrachte wissenschaftliche Humanität vermuthet. Ihm steht das gute Recht der menschlichen Gesellschaft, sich gegen widerspenstige und verbrecherische Neigungen Anderer zu schützen, obenan, und die Neigung allein kann ihm nicht krankhaft erscheinen, während der wohl immer mögliche Nachweis geistiger

Schwäche in solchen Zuständen keinen Einwendungen begegnen kann. Der Nachweis ist freilich nicht immer so leicht, wenn es sich um krankhafte angeborene und dauernde Zustände handelt, während bei fortschreitender Krankheit die Beurtheilung sehr erleichtert ist durch das Verhalten des Kranken vor der eingetretenen Veränderung. Nun fallen aber gerade die zweifelhaften Geisteszustände vielfach in das grosse Gebiet des angeborenen Schwachsinns. Hohe Grade von Beschränktheit erfordern sicher mildernde Umstände für die Beurtheilung ihrer Handlungen, bei denen Kritiklosigkeit und mangelnde geistige Leistungsfähigkeit in der Regel schon unverkennbar sind. Die Ungleichmässigkeit der geistigen Entwicklung tritt hier oft in auffallender Weise hervor; es sei nur an die Beispiele einseitiger Begabung bei manchen Schwachsinnigen erinnert.

C. Die Grenzzustände des Irreseins.

Um die Bedeutung und Ausdehnung dieses grossen Gebietes der angeborenen geistigen Minderwerthigkeiten für die psychiatrische Diagnostik klarzustellen, wollen wir hier in zusammenfassender Weise die Grenzzustände des Irreseins betrachten, die uns schon vielfach vereinzelt auf dem Wege der allgemeinen Ursachen und Zeichenlehre begegnet sind. Diese zahllosen Störungen des Geistes und des sittlichen Gefühls müssen nun von einem gemeinsamen Standpunkte aus beurtheilt werden, von dem der Entartung, die in der grossen Mehrzahl der Fälle vererbt oder angeboren, viel seltener erworben ist.

Als eine der vielen Ausdrucksformen geistiger Belastung haben wir schon früher eine Reihe von **Zwangszuständen** geschildert, unter denen die Platzangst unsere Aufmerksamkeit zunächst wieder auf sich ziehen soll. Sie ist meistens nicht eine selbstständige Erscheinung, sondern fast immer verbunden mit anderen Angstzuständen, die sich nach geistigen und körperlichen Ueberanstrengungen auf dem Boden einer krankhaften Anlage des Nervensystems entwickeln. Daher ist sie auch oft mit Angst in geschlossenen Räumen, Furcht vor Berührung verbunden. Ebenfalls das eigenthümliche Krankheitsbild der sogenannten Grübelsucht, die sich wieder besonders oft mit Berührungssucht verbindet, ist keine selbstständige Erkrankung, sondern immer auf krankhafter Anlage entstanden, die sich daher auch in andern geistigen und körperlichen, von dem Gewöhnlichen abweichenden Begleiterscheinungen zu äussern pflegt. Doch ist es selten möglich, solche Krankheitszustände nur als Theilerscheinungen einer ausgesprochenen Psychose, namentlich der Paranoia, auseinanderzusetzen,

sondern man muss sich begnügen mit dem Nachweise der krankhaften Anlage, die an der Grenze des Irreseins steht.

Zwangartig treten die auch dem Gesunden gehörenden **Triebe nach Nahrung** und besonders nach **sexueller Befriedigung** in erhöhtem Grade ausser bei zweifellos Geisteskranken auch in einigen Grenzzuständen auf, deren krankhafte Begründung nachzuweisen eine oft schwierige Aufgabe für den Arzt ist. Auch wird es ihm nur gelingen, wenn er die vorhandene krankhafte erbliche Veranlagung nicht nur behauptet, sondern in der geistigen und körperlichen Entwickelung des Betroffenen nachweist. Es gibt aber noch eine Reihe anderer Erscheinungen, die man wegen ihres triebartigen Auftretens auch wohl als **Triebe zum Selbstmord**, zum **Stehlen**, zum **Trinken** und **Brandstiften** bezeichnet; soll damit ein für sich bestehender Trieb verstanden sein, der nicht in Verbindung mit einer andern geistigen Störung besteht, so kann der Ausdruck nicht als zutreffend gelten. Alle diese Triebe werden nur verständlich durch folgende psychologische Ueberlegung. In jedem gesunden Menschen findet sich ein **Thätigkeitstrieb** in Folge des Lebensvorganges in seinem Innern. Ruhiges Ueberlegen und bewusste Auswahl geben ihm in der Regel seine Richtung; aber wie z. B. ein ruhiger und verständiger Mann bei einem Spaziergange mit dem Stock ins Unkraut schlägt, so zeigen sich diesem unbeschäftigten Thätigkeitstriebe hundert Auswege zu gleichgültigen Handlungen, wenn kein Gegenreiz stattfindet. Der geistig Gesunde regelt durch die Gegenvorstellungen der Sitte und des Anstandes etwa stark auftretende, aus dem gesunden Lebensvorgang sich entwickelnde Gefühle, wie die der Nahrungs- und Geschlechtsbefriedigung; der geistig Schwache oder Unbesinnliche folgt ihnen ohne Ueberlegung. Wir haben daher in vielen Fällen nicht so sehr einen gesteigerten Trieb vor uns, sondern einen **ungezügelten**. Wenn ein Kranker in der Anstalt seinen Genossen Brot stiehlt, so wird wohl Niemand von Stehltrieb sprechen, da es sich doch sicher nur um eine unbedenkliche Befriedigung seines Gelüstes handelt; wenn ein leidenschaftlich rauchender Kranker Cigarren nimmt, wo er sie findet, so folgt er einem begründeten Antriebe. Das unverhüllte Auftreten von Neigungen, Leidenschaften und Lastern ist dann nicht Krankheitserscheinung, sondern gibt sich nur in Folge der Krankheit kund. Solche Geisteskranke, bei denen alle aus Pflichtgefühl und vernünftiger Ueberlegung entspringenden Widerstände fehlen, können selbst schon durch die geringsten Anreize zur Verübung von Uebelthaten bewogen werden.

Freilich ist es schwer, die normalen von den krankhaften Trieben beim Kranken zu unterscheiden, um so mehr als der Geisteskranke

noch leichter als der Gesunde durch **Affecte** ergriffen und in seinen Handlungen bestimmt wird. Die Abschätzung, wie weit im einzelnen Falle etwa Rachsucht, Furcht, Heimweh oder Muthwillen zu einer Gewaltthat führten, ist gewiss oft sehr schwer. Nur wenn geistige Krankheit zweifellos ausgeschlossen werden kann, wird man jenen Affecten als normalen Beweggründen ihre volle Bedeutung zuweisen dürfen, aber sie auch dann noch als mildernde Umstände anführen dürfen. Im andern Falle aber bleibt es die Aufgabe des Arztes denjenigen geistigen krankhaften Zustand nachzuweisen, auf dessen Grund der entweder nur ungezügelte oder krankhaft gesteigerte Trieb zum Ausdruck gelangt ist. Wenn man will, so könnte man demnach auch sagen, die genannten triebartigen Zustände seien nur Theilerscheinung einer immer dabei vorhandenen Psychose, keine Grenzzustände; da aber jene Zustände so ganz vorwiegend im Krankheitsbilde in den Vordergrund treten, ist es erklärlich, dass man leicht verleitet werden kann, darüber jene scheinbar nebensächlicheren, aber den Zustand begründenden Erscheinungen zu übersehen und eine daneben bestehende geistige Unversehrtheit behaupten möchte. Um so mehr ist es Pflicht des Arztes darauf hinzuweisen; nur dadurch kann er überzeugen. Namentlich der sogenannte Brandstiftungstrieb wird mit Unrecht noch immer hier und da als eine selbstständig auftretende Erkrankung angesehen, während das Krankhafte in seinem Auftreten nur dann vorhanden und nachweisbar ist, wenn eine organische Belastung irgend einer Art vorliegt. Erleichtert wird dies sehr oft dadurch, dass die Brandstiftung so häufig in der Zeit der Geschlechtsreife geschieht; hier tritt der dunkle Trieb der Geschlechtsentwicklung zu den andern aus den innern Lebensvorgängen stammenden hinzu, und findet seine Entäusserung in einer den Betroffenen oft selbst überraschenden und unverständlichen Weise statt. Am Schwierigsten ist der Nachweis in den leichteren Graden des Schwachsinns, dessen Zeichen zuweilen nur in krankhafter Reizbarkeit, Eigensinn, Eigendünkel, Lügenhaftigkeit, Muthwillen und andern Abweichungen hervortreten. Die Beurtheilung solcher jugendlichen Brandstifter erfordert desshalb nicht selten eine längere Beobachtung, die dann auch am Besten in einer Anstalt geschieht. Mädchen sind im Allgemeinen etwas häufiger in dieser Weise erkrankt als Knaben.

Wiederum eine neue Gruppe von krankhaften Zuständen, die an den Grenzen des Irreseins steht, lässt sich unter der Bezeichnung der **Excentrischen** zusammenfassen. Dazu gehören Abenteurer, die ohne Ziel ihren Aufenthalt häufig wechseln, weite Reisen unternehmen; gewöhnlich ist die Unmöglichkeit einen festen Beruf zu er-

greifen. Mehr oder weniger deutlich ausgesprochen ist häufig der periodische Verlauf der Wandersucht und der begleitenden Erscheinungen; manche der rastlosen Abenteurer enden nach buntesten Lebensschicksalen im Irrenhause; viele bleiben aber auch Zeitlebens unter fortwährend erneuten Zusammenstössen mit der öffentlichen Ordnung in der Oeffentlichkeit, die zu ihrem eigenen und zum allgemeinen Besten besser unter beständiger Aufsicht gehalten würden; gerathen sie in Anstalten, so beruhigen sie sich meistens rasch unter Zunahme des Körpergewichtes. Zu den Excentrischen dieser Art lassen sich manche Verschwender rechnen; immer aber ist im Auge zu behalten, dass der Zustand nur dann als ein krankhafter bezeichnet werden darf, wenn es gelingt, die Entartung in der ganzen Entwicklung zu verfolgen. Zuweilen ist eine Schädelverletzung und Gehirnerschütterung der sicher nachzuweisende Wendepunkt; oder es bleibt nur die erbliche Belastung zum Verständniss übrig.

In einigen Entartungszuständen lassen sich die Grundzüge verwandter Irreseinsformen erkennen, ohne dass die Grenzen des Irreseins dabei ganz überschritten werden. Es gibt Personen, die abgesehen von einigen Sonderbarkeiten in ihrem Benehmen, ihrer Umgebung selbst bis zu vorgeschritteneren Lebensjahren kein Zeichen geistiger Störung gaben; irgend eine thatsächlich vorhandene Zurücksetzung wird der Ausgangspunkt für ein fortgesetztes Anbringen von Klagen und Beschwerden über eine Sache, die an und für sich wegen ihrer Geringfügigkeit von der Umgebung nicht weiter beachtet wurde. Aber schon die Hartnäckigkeit der Verfolgung desselben Weges ist bald auffallend, und indem solche Menschen dadurch lästig werden, begegnen sie bald weiteren Schwierigkeiten, die sie zu erneuten Anklagen, Beschwerden und Processen veranlassen. Es fehlen aber eigentliche Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, und nicht immer entwickelt sich aus solchen Zuständen in sprungweisen periodischen Verschlimmerungen ein eigentliches Wahnsystem, in den seltensten Fällen wird ein fortschreitender Verlauf mit Uebergang in Blödsinn beobachtet. **Processsüchtige** und **Querulanten** können zu wahren Geisseln für ihre Umgebung werden, und selten findet man in ihr Neigung, die krankhafte Grundlage anzuerkennen und zu berücksichtigen; erst wenn die wie eine Leidenschaft triebartig sich äussernde Sucht des Streitens und Processirens Wohlstand und Glück zu vernichten droht, und Andere mit ins Elend hineinzieht, gehen den Angehörigen die Augen auf, und nun sind sie umgekehrt geneigt, eine geistige Störung anzunehmen, die doch schon in ihrer leichteren Form von früh an bestand, ohne die Grenze einer vollen Psychose zu erreichen.

Wie **religiöse Schwärmerei** und **Fanatismus** oft an den Grenzen des Irreseins stehen, wird uns der geschichtliche Abschnitt andeuten. Hier ist nur wieder die Thatsache zu betonen, dass die grösste Zahl der Betheiligten überall da, wo sich ähnliche Regungen zeigen, zu den sogenannten Belasteten gehört. Es ist auf diesem weiten Gebiete nicht möglich, auch nur alle die Abweichungen zu nennen, die bei der psychiatrischen Untersuchung in Betracht kommen; wir werden ihnen wieder begegnen in der Schilderung der bestimmteren einzelnen Formen; z. B. beim hysterischen Irresein sind zahlreiche Uebergänge zu Erscheinungen zu finden, die nur verständlich werden, durch ihre Zurückführung auf den Boden der Entartung mit erworbener oder erblicher Belastung.

Einen kurzen Blick müssen wir noch werfen auf die Aehnlichkeit einzelner **Traumzustände** mit dem Irresein; man hat sogar oft das Irresein und den Traum verwandte, analoge Zustände genannt. Die Unterscheidung ist wohl im Allgemeinen eine leichte, da der Traum an den Schlaf geknüpft ist. Daher ist die Schwierigkeit nur dann grösser, wo sich Uebergänge vom Schlafen zum Wachsein finden, wie beim Nachtwandeln und bei Dämmerzuständen, die z. B. eine Folge epileptischer Anfälle sind. Auch ist daran zu denken, dass Geisteskranke träumen und ihre Erinnerungen aus den Träumen phantastisch ausgeschmückt berichten können, so dass der Inhalt ihrer Berichte gemischt aus traumhaften Erinnerungen und im wachen Zustande erworbenen Vorstellungen sein kann.

D. Sectionsbefund.

Auf anderen Gebieten der Medicin pflegt zur Bestätigung und Berichtigung der Diagnose als letztes und entscheidendes Mittel der grösste Werth auf den Befund an der Leiche gelegt zu werden. Dies Hülfsmittel hat nun leider in der Psychiatrie nur eine sehr geringe Bedeutung. Konnte die Diagnose geistiger Störung nicht aus den Erscheinungen am Lebenden gestellt werden, so vermag bis jetzt der Sectionsbefund kaum jemals die Entscheidung herbeizuführen, da er meistens nur vieldeutige oder gar keine Abweichungen aufweist. Selbst die deutlicheren Befunde bei einigen Blödsinnsformen würden nur in allgemeinster Weise zur Annahme einer abgelaufenen Psychose berechtigen, höchstens der hochgradige Schwund der Windungen des Stirnhirns auf Dementia paralytica hinweisen, und die grossen Defecte die vorausgegangene Idiotie wahrscheinlich machen, wenn die Forderung gestellt wäre an einer unbekannten Leiche eine bezügliche Dia-

gnose zu stellen. Selbst die mikroskopische Untersuchung ist in einem solchen Falle nicht völlig beweisend. Ganz anders verhält es sich natürlich, wenn die Psychose während des Lebens beobachtet wurde, und werden dann alle in dem Abschnitt über den Sitz geistiger Störungen berührten Erfahrungen werthvoll, besonders die über diffuse Veränderungen der Hirnrinde, während die functionellen Störungen, darunter die mit Blutüberfüllung oder Blutleere verlaufenden, meistens ohne Erscheinungen an der Leiche bleiben.

VI.

Die Behandlung geistiger Störungen.

A. Psychische Behandlung.

An die Spitze der Auseinandersetzungen über die Behandlung geistiger Störungen muss ich die schon einige Male berührte Anschauung stellen, dass die Betheiligung der körperlichen Grundlage, insonderheit des Gehirns und des Centralnervensystems an geistigen Störungen, selbst in den ausgesprochensten Fällen nur bis zu einem gewissen Grade vor sich geht. Nur soweit aber eine Veränderung des psychophysischen Apparates betheiligt ist, dürfen wir hoffen, einen Einfluss durch entsprechende Behandlung auf den Krankheitsverlauf zu gewinnen. Gewissermassen von Unten beginnend, werden uns alle sonstigen körperlichen Veränderungen, soweit sie den geistigen Zustand beeinflussen, daher wichtige Angriffspunkte bleiben, je mehr aber ihre Vermittelung durch das Nervensystem den Zuständen dieses Vermittlers eine selbstständigere Bedeutung lässt, je mehr der Zustand desselben der einzige Angriffspunkt für Behandlungsversuche wird, desto bedeutungsvoller wird es, einen Unterschied zu machen für die **körperliche und geistige Behandlung.** Thatsächlich werden sie immer **Hand in Hand** gehen, und nur durch ihr Zusammenwirken ist ein Erfolg zu erzielen; die Behandlung muss eine persönliche, die leibliche und geistige Natur des Menschen zugleich fassende sein. Um aber gleich die **Grenze** etwas genauer festzustellen, an der die psychische Behandlung ihre Wirksamkeit verliert, erinnern wir uns daran, dass die psychologische Untersuchung der geistigen Vorgänge uns zu dem Ergebniss führte, das willkürliche Denken in Begriffen nicht unmittelbar von dem psychophysischen Mechanismus abzuleiten, während mit ihm im innigsten Zusammenhang alle **Gemüthsbewegungen** verlaufen. Diese letzteren können wir daher unmittelbar beeinflussen, die ersteren nur durch Vermittelung der letzteren; weil nun **alle geistigen Vorgänge** mehr oder weniger stark mit Gemüthsbewegungen verbunden sind, ist der psy-

chischen Behandlung namentlich frischer geistiger Störungen doch ein grosses Wirkungsfeld geblieben. Nennen wir *geistige Behandlung* ein *aus dem Willen des Arztes* hervorgehendes und auf die Seele des Kranken *unmittelbar* einwirkendes Verfahren. so zeigt uns unsere Betrachtung, dass jeder *Versuch* z. B. die *Wahnvorstellungen* eines Kranken *durch Gründe der Vernunft zu widerlegen, unwirksam* bleiben *muss*. Es steht auch erfahrungsgemäss fest, dass es nicht gelingt, einem Kranken etwas auszureden, wenn er nicht selbst, wie zuweilen Reconvalescenten, Zweifel an der Richtigkeit seiner Vorstellungen hat. *Noch weniger* gelingt es einen unmittelbaren *Einfluss auf den Willen* des Kranken auszuüben; was man in dieser Hinsicht wohl durch Eingebung bei Hypnotisirten erreicht zu haben glaubt, schliesst ja gerade jede bewusste Auswahl aus.

Dagegen kann durch *Beeinflussung der Gemüthsbewegungen und* der *Stimmung sehr viel* erreicht werden, sowohl bei diesen selbst, wie bei den von ihnen abhängigen höheren geistigen Vorgängen. Freilich zeigt die Erfahrung, dass auch die unmittelbare Beeinflussung der Stimmungen nur eine beschränkte sein darf, dass dabei oft weniger von einem Bekämpfen als von einem **Fernhalten neuer Schädlichkeiten** die Rede sein darf. Denn unzählig viele Aufregungen, überhaupt Verschlimmerungen können durch Erregung des Gefühls verursacht und darum durch freundliches und gleichmässiges Begegnen vermieden werden. Die kranke Gemüthsverstimmung weicht nicht dem Zuspruch, der Aufmunterung, noch weniger moralisirenden Einwänden, überhaupt nicht dem Verfahren, das sonst der einfachen üblen Laune des Gesunden mit Erfolg entgegengesetzt werden kann. Es ist daher der gewiesene Weg die Ursachen einer krankhaften Gemüthsbewegung aufzusuchen, seien sie nun geistiger oder körperlicher Art; dadurch wird es gelingen, die Krankheitserscheinungen zurückzudrängen, gesunden Gefühlen Platz zu freier Entwickelung zu verschaffen.

Hierbei spielt die **Persönlichkeit des Arztes** die Hauptrolle, da er durch wohlwollenden Sinn, Vorurtheilslosigkeit und ruhige Entschiedenheit die Ueberlegenheit vermehren muss, die ihm aus der richtigen Beurtheilung des Kranken schon erwachsen ist. Die Macht der Persönlichkeit kann sich auf Geisteskranke besonders *ausserhalb der Anstalten* zeigen, denn was in diesen zuweilen erreicht wird, beruht gewiss oft auf Selbsttäuschung oder Unterschätzung der gewaltigen Hülfsmittel, die der Aufenthalt in einer wohlgeordneten Anstalt mit sich führt. So bedeutend der Einfluss des Arztes auf seinen

Kranken gewesen sein mag, er pflegt zu verschwinden, nachdem er den Kranken verlassen hat, ja gerade die vorübergehende Begegnung ist meistens nur von Erfolg, während ein beständiges Zusammenleben den Arzt mit seinen menschlichen Schwächen bald auf gleiche Stufe mit der sonstigen Umgebung stellt. In der Anstalt dagegen bleibt der Eindruck der Begegnung mit dem Arzte trotzdem von nachhaltenderer Wirkung, da alle Bestimmungen und Einrichtungen daran erinnern, dass der Arzt zu befehlen hat. Weiss dieser daneben dem Kranken Vertrauen einzuflössen, so sind ihm die Mittel gegeben, die Stimmung des Kranken in wirksamster Weise zu beeinflussen.

Daher sind sicher unter andern alle Fälle geistiger Störung, die einer Behandlung zunächst widerstreben, am Besten in eine Irrenanstalt zu bringen; zuweilen wird ein Krankenhaus wenigstens vorläufig genügen, weil Ordnung und Einfluss des Arztes daselbst weit mächtiger sind als in häuslichen Verhältnissen. Wir fassen als für unseren Zweck am Wichtigsten hier besonders die **Zeit** ins Auge, wo der Kranke **ausserhalb der Anstalt** lebt; wir wollen also seine Stimmung beeinflussen; darum klären wir seine Angehörigen auf und bringen mit der Erkenntniss der Krankheit bei ihnen den Kranken in die nachsichtige liebevolle Umgebung, die seinem Gemüthszustande wohlthut; ferner müssen wir sein Interesse erregen, es entfernen und ableiten von den Ursachen der Krankheit. Dies ist meistens möglich, wenn man bedenkt, dass die heftigen Affecte die Behandlung in Anstalten verlangen, während die leichteren, überhaupt dieser Art Therapie zugänglichen Fälle den Rath des praktischen Arztes fordern. Der Laie ist geneigt in **Zerstreuungen** die heilende Art der Ableitung zu suchen; nun lässt sich nicht leugnen, dass Unterhaltungen und Gespräche, ja sogar Schauspiele und Concerte zuweilen Beruhigung oder Erheiterung bewirken, aber meistens doch nur vorübergehend, so dass die Umgebung sich der Selbsttäuschung bei vorurtheilsloser Anschauung nicht lange hinzugeben pflegt. Namentlich sobald der Kranke das Absichtliche der Zerstreuung empfindet, schwindet auch ihre vorübergehende gute Wirkung. Jedenfalls aber ist es gefährlich eine frische Psychose, einerlei ob sie eine heitere oder gedrückte Stimmungslage zur Schau trägt, in beständige körperliche und geistige Unruhe durch gehäufte Vergnügungen und Reisen zu versetzen. Im Gegentheil, es muss auf das Eindringlichste davor gewarnt werden, einen solchen Kranken in Verhältnisse mit neuen Reizen zu bringen. Kann er in der Familie nicht mehr sein, so gehört er in die Anstalt. Nur affectarme ältere Krankheitsformen können durch jene Hülfsmittel der Zerstreuung die gewünschte Ableitung erhalten.

Die beste Zerstreuung für Alle ist eine geregelte massvolle **Beschäftigung**, und zwar im eigenen Beruf, wenn dieser nicht gerade die Ursache der Erkrankung war. Neigungen und Gewohnheiten sind oft unzertrennlich mit den äussern Beschäftigungen des Berufes verbunden; Frauen empfinden daher die Entfernung aus der häuslichen Umgebung und der Familie noch schwerer, und möge man sich hüten mit Reisen und ähnlichen Zerstreuungen die Zeit zu verlieren, die jedenfalls nützlicher in einer Anstalt verbracht sein würde, wenn der weitere Verbleib in der Familie unmöglich geworden sein sollte. Menschen, die in der Gewohnheit ihres Berufes festgewurzelt sind, weniger gebildeten Menschen, denen es überhaupt nicht möglich ist, sich geistig zu zerstreuen, lasse man lieber die Thätigkeit im Handwerk oder ihren liebgewordenen Beruf, als dass man sie voreilig herausreisst.

Ist aber erkannt, dass dies aus andern Gründen nicht mehr möglich ist, so hat der Irrenarzt für die **Anstaltsbehandlung** in gewisser Weise andere Grundsätze durchzuführen. Denn mit dem Eintritt in dieselbe handelt es sich wenigstens Anfangs oft darum, den Kranken der Einwirkung jener täglichen Reize zu entziehen, wie sie nur allzuoft in seinem Berufsleben, in der Sorge für den Lebensunterhalt, in der verständnisslosen Behandlung der Angehörigen, wohl auch in Spott und heftigen Vorwürfen auf ihn ausgeübt wurden. Dann ist es bei frischen Erkrankungen auch durchweg richtiger den Verkehr mit den Angehörigen eine Zeitlang abzubrechen, um jede Gemüthsbewegung fern zu halten. Erst in der Reconvalescenz pflegen Besuche nützlich zu sein. Ganz anders ist es natürlich bei chronischen Krankheitszuständen und ausserhalb der Zeit eines periodisch auftretenden Affectes; dann können Besuche den Kranken ihr eintöniges Leben nur erheitern und erleichtern. Schriftlicher Verkehr fällt unter ähnliche Gesichtspunkte.

Doch ist hier wie überall in der Psychiatrie der einzelne Fall als solcher zu berücksichtigen, so dass allgemeine Regeln keine Gesetze werden dürfen. **Es muss individualisirt werden**; jede **Persönlichkeit** als solche, alle im einzelnen Falle vorliegenden Umstände in Bezug auf die besondere Individualität **des Kranken** müssen berücksichtigt und darnach die Behandlung eingerichtet werden. Darum ist die Kenntniss des Vorlebens, der Vorgeschichte seiner Kranken dem Irrenarzte so wichtig. Es sollen kranke Personen, nicht ein krankes Organ behandelt werden. Eine chirurgische Verletzung oder eine Lungenentzündung können meistens ohne Kenntniss der Ursachen und des Vorlebens erfolgreich behandelt werden, ein

Geisteskranker auf die Dauer nicht, wenn es auch oft möglich und nothwendig ist, zuerst nur die gerade hervortretenden Erscheinungen zu behandeln.

Es wird klar geworden sein, dass die psychische Behandlung Geisteskranker **nur in beschränkter** Weise eine **positive** sein kann, dass die Vermeidung schädlicher Einflüsse noch wichtiger ist. Es gibt nun auch eine immer noch weitverbreitete Ansicht, das Richtigste sei es, nicht nur jeden Widerspruch zu vermeiden, sondern sogar auf Befürchtungen, Neigungen, besonders auf Wahnvorstellungen Kranker einzugehen. In vielen Fällen wird dadurch mindestens Nichts erreicht, oder geschadet; eine Bestätigung kann Befürchtungen unklarer Natur rasch zu festen Wahnvorstellungen machen und den eigenen Zweifel des Kranken beseitigen. Schonend muss man seine abweichende Meinung aussprechen, keinen Streit hervorrufen, nicht bestätigen, und im Allgemeinen möglichst wenig von den krankhaften Vorstellungen sprechen, jedenfalls nicht mehr als zur Diagnose nothwendig ist. Man sage also dem Kranken offen, dass man ihn als krank betrachtet und behandle ihn mit gleichmässiger, freundlicher Geduld und ruhigem Wohlwollen. **Offenheit** ist auch in anderer Weise der allein richtige Weg; Täuschung ist meistens ebenso verwerflich wie Zwang. Soll ein Kranker z. B. in eine Anstalt gebracht werden, so sind falsche Vorspiegelungen und List verwerflich, da Misstrauen gegen Angehörige und Arzt die Folge sein werden. Eine ruhige, freundliche, aber feste Erklärung, dass die Krankheit eine solche Massregel erfordere, wird die Anwendung von Gewalt meistens unnöthig machen. Dass sie unumgänglich sein kann bei Zuständen gewaltiger Erregung und Trübung des Bewusstseins ist wohl selbstverständlich.

Also um es kurz zu wiederholen, oberste Grundsätze für die psychische Behandlung Geisteskranker, besonders im Beginne der Erkrankung, sind Herstellung von Ruhe für Geist und Körper, entweder durch unmittelbare Einwirkung zur Ausgleichung der Stimmung oder durch Entfernung schädlicher Reize, dann möglichste Berücksichtigung der besondern Persönlichkeit des Kranken; ruhiges Wohlwollen und gleichmässige Art im Umgang geben dadurch dem Arzt in seiner eigenen Persönlichkeit ein wichtiges Mittel günstig auf den Kranken zu wirken; kann er das Vertrauen desselben dadurch erreichen, so ist der Boden für alle anderen Mittel geebnet.

Es ist vielleicht selbstverständlich, dass das durch eine machtvolle Persönlichkeit erreichte Vertrauen allein nicht genügt, um gute Erfolge bei Geisteskranken zu erzielen, wenn sie nicht Hand in Hand

geht mit allseitigem ärztlichen Wissen und Können. Aber wir haben durch die Geschichte zu oft erfahren, wie gerade bei Geisteskranken bis zu einem gewissen Grade religiöse Einwirkungen in der Hand von Geistlichen, die das Vertrauen der Kranken sich in vollstem Masse zu erwerben verstanden hatten, bei längerer Anwendung von schädlichen Folgen begleitet waren, oder doch zur Unzeit angewandt wurden, und wie daneben durch Vernachlässigung der werthvollen körperlichen Behandlung Erreichbares versäumt wurde. Die Denkweise und Gefühlsrichtung mancher Menschen, die in dauernde Geistesstörung verfallen sind, wird **religiösen Zuspruch** vielfach erlauben, ja zuweilen auch wünschenswerth machen, in allen frischen Fällen ist er in der Regel zu vermeiden nach allgemeiner Erfahrung der meisten Irrenärzte; nicht zum Mindesten wohl weil den Geistlichen meistens das Verständniss für die Grundlage des Irreseins fehlt, die sie dann in moralischen Mängeln suchen. Ist ein solches Verständniss vorhanden, so wird mit Zustimmung des Arztes und im Einverständniss mit seiner psychischen Behandlung unter Umständen auch religiöser Zuspruch von gutem Einfluss sein können.

B. Verhütung des Irrewerdens.

Die grundlegende Bedeutung des Umfanges der psychischen Behandlungsweise zwang uns sie zuerst zu schildern; dadurch sind wir aber an der wichtigen Aufgabe des Arztes vorbeigegangen, das Irresein zu verhüten. Voraussetzung der Kunst, das Irrewerden zu verhüten, ist eine genaue Kenntniss der Ursachen des Irreseins. Wenn wir nun einige der wichtigsten Punkte berühren, die uns die Möglichkeit der Verhütung des Irrewerdens verschaffen, so tritt als der deutlichste, wie in der Ursachenlehre, die **Erblichkeit** hervor. Denn es schliesst sich daran die Frage, ob ein Geisteskranker oder Jemand, der durch erbliche Anlage belastet ist, **heirathen** soll oder nicht. Die Erfahrung, dass Ledige überhaupt im Verhältniss häufiger erkranken, hat zuweilen zur Bejahung der Frage verleitet; ja das Publikum sieht in der Heirath oft ein Heilmittel für beginnende geistige Störungen, die mit Erregungszuständen auf sexuellem Gebiete verlaufen, daher namentlich bei Weibern. Die seltenen Fälle, in denen durch eine Heirath der Ausbruch einer geistigen Störung verhütet worden zu sein scheint, berechtigen nicht, allgemein die Heirath unter solchen Umständen zu empfehlen; sicher kann man aber auch nicht immer entschieden abrathen, denn es kann die Unterdrückung einer

lange bestehenden herzlichen Zuneigung der in Gefahr schwebenden Person noch grösseren Schaden hervorrufen.

Der Blick des Arztes soll aber ein weiterer sein, nicht die eine in Betracht kommende Person soll er allein berücksichtigen, sondern die Möglichkeit erwägen, ob die zu schliessende Ehe Gefahren der Vererbung geistiger und verwandter Störungen des Nervensystems in sich birgt. Ist der andere Theil selbst gesund und aus unzweifelhaft gesunder Familie, so wird der Arzt Neigung und andere Umstände entscheiden lassen müssen, wenn noch keine ausgesprochene Geistesstörung auf der einen Seite vorlag, da die Gefahr der Vererbung nicht abzuschätzen ist. Ist aber auch der andere Theil belastet, so wird man unbedingt widerrathen; am Grössten scheint die Gefahr, wenn Trunksucht mit andern nervösen Störungen zusammentrifft. Auf der Höhe einer geistigen Störung wird die Frage der Heirath wohl kaum jemals zu erledigen sein; häufiger aber nach eingetretener Genesung oder wesentlicher Besserung heftigerer Erscheinungen. Nach einmaliger Erkrankung und jahrelangem Bestehen darauf folgender Gesundheit wird man die Ehe dann erlauben, wenn beide Theile nicht belastet sind; ist die Genesung zweifelhaft und auch nur ein Theil belastet, so ist unbedingt zu widerrathen; ist sie zweifelhaft und doch kein Theil belastet, so würde ich auch abrathen; in leichteren Fällen aber wird die Macht der Neigung und der Umstände hierin kein Hinderniss erblicken und solchen Rath überhören. Beim weiblichen Geschlecht ist noch besonders darauf zu dringen, dass eine Verehelichung jedenfalls erst nach erreichter körperlicher Reife stattfinde.

Es ist weiter eine Aufgabe des Arztes, die Entstehung von Krankheitskeimen **während der Kindheit und Jugend** zu verhüten, oder ihre Entwicklung bei vorhandener erblicher Belastung hintanzuhalten. Dazu dient die Durchführung der allgemein anerkannten Grundsätze der Hygiene und die vorsichtige Leitung der Erziehung. Man wird unter Umständen dringen auf späten Beginn des Schulbesuches, vor geistiger Ueberanstrengung warnen und der körperlichen Pflege und Kräftigung die grösste Aufmerksamkeit schenken. Besondere Vorsicht fordert das Pubertätsalter und die Ueberwachung etwaiger Verirrungen des Geschlechtstriebes. Wird trotzdem im geistigen und körperlichen Leben beim jugendlichen Erwachsenen die ererbte oder erworbene Belastung deutlicher, so ist der Wahl des Lebensberufes noch grössere Solgfalt als gewöhnlich zuzuwenden; man wird abrathen von jedem Beruf, der grosse Anstrengung mit sich führt oder aufregende Verantwortlichkeit fordert; eine gleichmässige Thätigkeit, fern von dem Geräusch der Weltstädte, kann das Schwan-

ken des Gleichgewichtes des Bedrohten verhüten. Wenn dann noch an die Gefahr erinnert wird, die im Missbrauch des Alcohols liegt, so sind einige der wichtigsten Punkte zur Vermeidung des Irrewerdens genannt. Eine genaue Kenntniss aller Ursachen des Irreseins muss im einzelnen Fall das ärztliche Handeln weiter regeln.

C. Körperliche Behandlung.

1. Allgemeine Gesichtspunkte und Behandlungsarten.

Bei der Einleitung einer Behandlung der körperlichen Begleiterscheinungen des Irreseins, die allerdings vielfach gleichzeitig als seine Ursachen anzusehen sind, möge man sich doch vor grossen Eingriffen hüten, im Hinblick darauf, dass das Gesetz der **Ruhe** und **Fernhaltung neuer Schädlichkeiten** auch für die körperliche Behandlung ebenso gilt wie für die geistige. Besonders eine Anwendung specifischer Heilmittel gegen geistige Störungen gibt es nicht; es kann sich nur darum handeln, die Ursachen zu entfernen und fernzuhalten oder die gerade vorliegenden Zeichen der Krankheit zu mildern. Es werden etwa noch fortbestehende Krankheitsvorgänge, welche die Entwicklung der Gehirnkrankheit einleiteten, der Gegenstand der körperlichen Behandlung, mit hauptsächlicher Berücksichtigung des Kreislaufes, der Athmung, der Blutbeschaffenheit, Verdauung, der verschiedenen Absonderungen und Functionen einzelner Organe, z. B. des Genitalapparates. Sehr berechtigt ist die Warnung, sich zu hüten vor einer nicht genügend begründeten Annahme solcher Störungen, um nicht Gefahr zu laufen, nur seine eigenen Hypothesen zu bekämpfen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die vorsichtige Untersuchung und Behandlung der Störungen des weiblichen Geschlechtsapparates, da hierdurch viel Schaden angerichtet werden kann; jedenfalls sei man nicht voreilig zur örtlichen Untersuchung und Behandlung bereit, wenn nicht unzweifelhafte Zeichen dazu drängen. Man beachte aber auch andererseits, wie bei Geisteskranken die Auffindung körperlicher Störungen oft ausserordentlich erschwert ist, insofern viele Kranke sich wenig oder garnicht über ihre Empfindungen aussprechen, ja manche sonst gewöhnliche Zeichen von ihnen garnicht bemerkt werden. Desshalb ist bei diesen Personen die **sorgfältigste objective Untersuchung** aller Organe eine Voraussetzung der körperlichen Behandlung.

An einem Punkte berührt sich die Anwendung von Arzneimitteln wieder sehr nahe mit psychischer Behandlung. Es ist eine

in Irrenanstalten weit verbreitete Sitte, Geisteskranke auch ohne dass in ihrem körperlichen Befinden ein Anlass dazu gegeben ist, **Arzneien** zu verabreichen, um ihnen zu zeigen, dass man sie wirklich als krank betrachte, um ihre Hoffnung zu erhalten und ihnen stete ärztliche Fürsorge zu beweisen. Für die Praxis wird eine solche Täuschung sich kaum empfehlen, weil der Gebrauch der Arznei hier nicht durch äussere Mittel, sondern nur durch den guten Willen des Kranken unterstützt wird. Fehlt ihm Krankheitsbewusstsein, so wird er die Arznei auch zurückweisen. Aber ebenfalls in der Anstalt wird die Täuschung oft nur zur Beruhigung des Pflichtgefühls des Arztes dienen und der Umgebung des Kranken sowie seinen Angehörigen ein Beweis der guten Behandlung, wenn der Kranke die Arznei gutwillig nimmt; widerstrebt er, so ist jede Ueberredung eine Beunruhigung, unter Umständen Grund zu erneutem Misstrauen. Ist der Kranke gleichgültig dagegen, so ist es doch gewiss eine grosse Selbsttäuschung des Arztes, der gut weiss, dass man kranke Vorstellungen durch Einwände nicht beseitigt, wenn er hofft, durch eine Arznei dem Kranken die Einsicht in seinen Zustand zu verschaffen, die er ihm nicht einreden kann. Auf die Gefühle und Stimmungen soll man wirken, nicht durch Vernunftgründe.

Die Vorliebe früherer Zeiten **Blutentziehungen** als Heilmittel zu versuchen, hat die Neuzeit auf ein sehr geringes Mass beschränkt, um so mehr als gerade Blutarmuth eine der häufigsten Begleiterscheinungen geistiger Störungen zu unserer Zeit ist; es kann aber bei heftigem Blutandrang zum Kopf sowohl in frischen wie in andauernden Erregungszuständen eine wirkliche und rasche Beruhigung der Erfolg eines Aderlasses sein. Daher dürfte wohl einmal auf dem Lande oder unter Verhältnissen, die eine sofortige Ueberführung in anderweitige geordnete Behandlung verbieten, eine einmalige Venaesection dann mit Erfolg gemacht werden, wenn eine Ueberfüllung des Gehirns mit Blut als Ursache der Erregung erkannt ist. Andere Anlässe kann man nicht gelten lassen, da bei vorhandener Zeit und Gelegenheit zur gleichzeitigen Anwendung anderer beruhigender Mittel, jedenfalls örtliche Blutentziehungen durch Schröpfköpfe und Blutegel Genügendes leisten; um so mehr als ihre wiederholte Anwendbarkeit die Wirkung nachhaltiger machen kann. Theilweise haben wir uns den Einfluss dieser örtlichen Blutentziehungen in ähnlicher Weise wirkend zu denken, wie die kräftige Ableitung mancher Hautreize zu Stande kommt; aber besonders wenn sie in der Nähe von Emissarien geschieht, die in Verbindung mit den Blutleitern im Schädelraum stehen, ist auch eine unmittelbare Entlastung der blut-

überfüllten Venen des Schädelinhaltes zu erreichen. Im Allgemeinen aber haben wir allen Grund möglichst sparsam mit dem Blute Geisteskranker umzugehen. Häufig genug haben wir es bei Irren allerdings mit deutlichen Erscheinungen von Ueberfüllung des Gehirns mit Blut zu thun, aber diese sind in der grossen Mehrzahl der Fälle die Folge von Lähmungen im Gebiete der Gefässnerven. Blutentziehung, namentlich wiederholte führt daher zur allgemeinen Blutarmuth und somit zur Erschwerung ausgleichender Stoffwechselvorgänge.

Bei Blutarmuth wird die Zufuhr von Blut zum Gehirn oft durch eine Steigerung der Herzthätigkeit zu erreichen sein, also namentlich durch massvolle und geregelte Anwendung guter alcoholischer Getränke.

Sehr wichtig ist für die Erreichung einer genügenden Blutversorgung des Gehirns Anordnung der **Bettlage**; diese bringt aber überhaupt so viele Vortheile mit sich, dass man sie mit Recht in allen frischen Erkrankungen fordern sollte. Selbst leichtere Erregungszustände eignen sich dafür, und in einer Anstalt auch schwerere. In privater Behandlung ist Bettruhe schon allein zur Beaufsichtigung zu empfehlen, ferner hält sie Wärmeverlust und Kräfteverfall auf; sie hält reizende Sinneseindrücke fern, kann den Kranken mit einem Schlage aus der Unruhe des Berufes und des täglichen Lebens reissen und bei liebevoller Pflege körperliche und geistige Ruhe gleichzeitig darbieten. Namentlich blutarme und schwächliche Kranke, die durch ängstliches Herumlaufen ihre Kräfte zu erschöpfen drohen, zeigen gewöhnlich in der dauernden Ruhelage sehr bald eine beträchtliche Besserung. Die Bettlagerung erfüllt die wesentlichste Bedingung für die Heilung von Psychosen, sie bringt Beruhigung. Dass daneben eine kräftige reizlose **Kost** zu geben ist, braucht kaum gesagt zuwerden, obwohl davon unendlich viel abhängt, da die gute Ernährung mehr werth ist als manche Arzneimittel. Jedenfalls ist die geregelte Zufuhr auch am Leichtesten im Bett zu bewerkstelligen; den Erregten, der sonst wohl das Essen vergisst, den Aengstlichen kann man hier leicht dazu anhalten, oft freilich nur durch geduldiges, wiederholtes Anbieten der Speisen.

Während sich die Bettruhe in der Privatpraxis wohl immer ausführen lässt, mit Ausnahme heftiger Aufregungen, die überhaupt in eine Anstalt gehören, so werden die äussern Verhältnisse ein anderes Mittel oft verbieten, das indessen, wo es möglich, benutzt werden sollte, da es von fast gleich grossem Werthe zur Beruhigung frischer Erkrankungen zu sein pflegt; es sind dies **laue Bäder**. Ihre wohlthätige

Wirkung in frischen Fällen ist eine vielseitige; zuerst ist schon die oft bis dahin vernachlässigte Hautpflege von grosser Wichtigkeit, die natürlich auch für Unreinliche, die oft genug in privater Pflege bleiben, fortgesetzten Werth behält. Im Beginne der Psychosen übt die gleichförmige mässige Erregung aller Hautnerven eine erfrischende Wirkung aus und bewirkt oft ein allgemeines Wohlbehagen. Die Hautathmung steigt nach der Reinigung des Hautorganes, die vorübergehende Erweiterung der Hautgefässe regt den Kreislauf an, Athmung und Herzschlag werden ausgiebiger und der Gesammterfolg ist bei ängstlichen und erregten Kranken fast immer ein beruhigender. Da Vollbäder leider in manchen Theilen der Bevölkerung sehr unbekannt und ungebräuchlich sind, so kann ein unüberwindlicher Widerwille ihre Ausführung zuweilen verhindern; gewaltsame Anwendung wäre dann natürlich schädlich. An das Bad schliesst sich meistens Steigerung des Nahrungsbedürfnisses und schliesslich eine wohlthuende Ermüdung. Wo der Schlaf fehlt, kann man ihn zuweilen durch Verlängerung lauer Vollbäder erzielen, die dann bei mehrstündiger Dauer eine Temperatur von 28 ° R. verlangen, während sonst 26—27 ° R. genügen; ein so langer Aufenthalt im Wasser ist den Kranken indessen selten angenehm; wird er mit Gewalt durchgesetzt, so kann die nachfolgende Ermattung wohl einen Erfolg vortäuschen, die nachtheiligen Wirkungen werden aber später zu Tage treten in grösserer Reizbarkeit des erregten Kranken, ganz abgesehen davon, dass die psychische Behandlung erschwert wird durch eine gegen den Willen des Erkrankten ausgeführte Behandlungsweise.

Nur in beschränkter Weise können **feuchte Einwicklungen** die Wirkung lauer Bäder ersetzen; man nimmt dazu frisches Wasser, hüllt die damit getränkten Laken um den ganzen Körper und darüber wollene Decken. Länger als einige Stunden sollen sie nicht angewandt werden, weil solche Einwicklungen unbequem sind und die Haut erweichen. Sie rufen oft beruhigenden Schlaf hervor. Im Uebrigen zeigt die Erfahrung, dass Kaltwasserkuren nur äusserst selten gut auf Psychosen wirken, so vielfach und ausgebildet auch ihre Anwendungsarten sind. Regenbäder erfrischen natürlich ebenso wie bei Gesunden in grosser Hitze im Sommer vorübergehend manchen Geisteskranken; die nachfolgende Ermattung ist aber leicht begleitet von gesteigerter Reizbarkeit. Sturzbäder sind keine Heilmittel, sondern Reste von Zwangsmitteln, deren Erfolg in Anstalten höchstens eine Erleichterung der Disciplin ist. Kalte Fluss- und Seebäder sind durchweg zu anstrengend bei frischen vollen Psychosen, während

sie eher bei den verwandten Zuständen Neurasthenischer nützlich werden können. Jedenfalls sind ausgesprochene geistige Störungen nicht geeignet für die Behandlung in Kaltwasseranstalten. Sitzbäder können zuweilen bei begleitenden Genitalleiden nützlich sein, besonders wenn sie dazu dienen, Reizzustände zu beseitigen, die sich an äussere Entzündungen der Haut und fürs Wasser erreichbarer Schleimhauttheile anschliessen; ihre Anwendung ist dann oft bequemer als ein Vollbad, hat aber sonst keine Vortheile, dagegen den Nachtheil, dass ihnen vermehrter Blutzufluss zu jenen Gebieten folgt. Will man aber damit eine medicamentöse Wirkung ausüben, so ist der Zusatz von Arzneien zum Sitzbade einfacher als zu einem Vollbade. Zuweilen wirken Fussbäder günstig durch Ableitung; der Zusatz von Senfmehl, die gleichzeitige Faradisation im warmen Fussbade mit breiten Fussplatten steigern die Ableitung und können beruhigend und schlafmachend wirken. Abkühlung des Kopfes in der einfachsten, überall durchführbaren Form nasser kalter Umschläge ist vorübergehend natürlich bei Blutandrang zum Kopf und Kopfschmerzen ein gutes Linderungsmittel; Eisbeutel auf den Kopf oder die leichtere Eismütze dienen demselben Zwecke. Allgemeine Regeln über die mannichfache Anwendbarkeit von Bädern sind weniger wichtig als die erfinderische Ausnutzung gegebener Hülfsmittel; so kann z. B. eine neuerdings empfohlene Anwendung warmer Sandbäder unter Umständen gewiss empfehlenswerth sein, wobei allerdings die Schwere des Sandes und die folgende starke Schweissabsonderung besondere Wirkungen ausüben werden.

Den in früheren Zeiten sehr gebräuchlichen **Hautreizen**, die als Ableitungsmittel dienen, schenkt man jetzt wohl zu geringe Beachtung, scheu gemacht durch die missbräuchliche übertriebene Anwendung, die mit der Brechweinsteinsalbe leider oft geschehen ist. In frischen Fällen, also in der Privatpraxis besonders, hüte man sich vor ihr, dagegen ist die Anwendung milderer Hautreize zuweilen wünschenswerth. Trockene Schröpfköpfe, Vesicatoren, schwach reizende Pflaster dienen dazu, am Besten im Nacken angewandt. Aber alle Hautreize, die zu längerer Eiterung führen, sind zu vermeiden, sie schwächen, sind ekelerregend, ohne mehr zu leisten als ein kürzerer Hautreiz ohne Eiterung. Nur wenn ein örtlich begrenzter heftiger Schmerz am Schädel länger andauert, würde es erlaubt sein, den Versuch zu machen, durch Tartarus-emeticus-Salbe nach Autenrieths Methode auf dem rasirten Kopf eine tiefergehende Entzündung zu erzeugen, die leicht zur Abstossung von Knochensplittern führt; ein Erfolg in solchen Fällen ist beobachtet und eine Aufsaugung be-

nachbarter Ausschwitzungen im Schädelraume nicht völlig ausgeschlossen.

Eine ähnliche auflösende Wirkung hat man dem galvanischen Strom zugeschrieben bei Leitung durch den Kopf. Nur in erfahrenen Händen ist diese nicht ganz gefahrlose Benutzung der **Elektricität** erlaubt. Einfacher ist der Gebrauch des faradischen Stromes und daher auch für die Praxis zu empfehlen. Seine Wirkung ist aber im Allgemeinen eine erregende und erfrischende; namentlich gilt dies von der sogenannten allgemeinen Faradisation, bei der eine Elektrode als feste Fussplatte im Fussbade, die andere beweglich angebracht ist und an der ganzen Oberfläche des Körpers gleitend angewandt wird.

In Fällen mangelhafter Ernährung, wie z. B. bei Hysterischen und Neurasthenischen verbindet man damit zweckmässig eine schulgerechte **Massage** zur Anregung des Stoffwechsels; unter Umständen wird auch die **Mastkur** nützlich sein, die eine überreichliche Ernährung, gleichzeitige lebhafte Muskelarbeit ohne selbstthätige, darum erschöpfende Anstrengungen bedeutet. Da Bettruhe und eine geregelte psychische Beeinflussung durch unbedingte Unterordnung unter die ärztliche Anordnung hierbei wesentliche Unterstützung ausüben, ist diese Behandlungsart in solchen Fällen sehr zu empfehlen; doch eignen sich ausgesprochene Psychosen weniger dazu.

Alle genannten Arten der Behandlung lassen sich bei einzelnen Fällen in häuslichen Verhältnissen durchführen; wenn nun der Zustand eine Ueberführung in die Anstalt verlangt, bleiben aber doch oft Tage vorher übrig, wo man geeignete Massnahmen treffen soll, um nicht rohen Zwang anwenden zu müssen. Aufgeregte muss man in einen abgetrennten Wohnraum bringen, welcher nichts als ein Matratzenlager enthält; das Fenster lässt sich durch eingedrehte Bohrer vor plötzlichen Oeffnungsversuchen schützen, andere Massregeln muss man erfinderisch leiten, die Hauptsache ist dann aber noch beständige Aufsicht.

2. Schlafmittel und Narcotica.

Geistige und körperliche Beruhigung im besten Sinne bringt der Schlaf mit sich; wir haben schon wiederholt erfahren, dass vielen Psychosen gerade in ihrer Entwickelung Schlafmangel eigen ist, und muss daher auf die Bekämpfung der Schlaflosigkeit das Hauptaugenmerk des Arztes gerichtet sein. Dazu dienen nun ausser den besprochenen Einwirkungen von Bädern u. dgl. besonders die schlaferregenden **Arzneimittel.** Wieder einmal gilt es dabei zu indi-

vidualisiren, Ursachen und andere Erscheinungen neben der Schlaflosigkeit im einzelnen Falle zu berücksichtigen. Auch wird man im Anfang gut thun, den Schlaf womöglich nicht durch Arzneien, sondern durch andere Mittel zu erreichen, wie z. B. durch kräftiges Bier, guten alten Wein, die bei Blutarmen und Erschöpften oft schon Genügendes leisten; denn gewöhnlich wird die Anwendung von Arzneien wegen der verhältnissmässig langen Dauer der meisten Psychosen immer noch lange genug nöthig werden, so dass man die Gefahr der Gewöhnung an bestimmte Mittel gerade in der Praxis rechtzeitig bedenken muss; jedenfalls ist desshalb auch ein rechtzeitiger Wechsel der verschiedenen Schlafmittel geboten.

Obenan und alle andern neuern Schlafmittel an Werth überragend steht das **Chloralhydrat** für den Praktiker. In Gaben von 2—3 *gr* führt es einen mehrstündigen ruhigen Schlaf herbei, ohne besonders unangenehme Nachwirkungen zu hinterlassen, in der Regel nur eine leichte Benommenheit des Kopfes. Zu vermeiden sind aber grössere Gaben und eine lange fortgesetzte Anwendung. Namentlich bei Herz- und Gefässerkrankungen kann es zu Gefässlähmungen und deren Folgezuständen führen. Zweckmässig sind daher kleinere Gaben von 1—2 *gr* in Verbindung mit 1—2 ctgr. Morphiumlösung. Wegen seines widerlichen ätzenden Geschmackes der sich am Besten durch Zusatz von Succus Liquiritiae verdecken lässt, wird es indessen häufig abgelehnt; man kann dann dieselbe Menge im Klystier einbringen; es wirkt dann nicht so vorzüglich, besonders auch langsamer.

Wenn Chloralhydrat nicht anwendbar ist, wie z. B. bei Herzkranken, oder um eine längere Darreichung zu vermeiden, so ist **Paraldehyd** zu wählen. Es hat den Vorzug, längere Zeit als Chloralhydrat ohne schädliche Wirkungen eingenommen werden zu können. Man gibt es in Gaben Anfangs von 5 *gr*; wenn es nach etwas längerem Gebrauch seine Wirkung zu versagen beginnt, so kann man es ohne Bedenken auf das Doppelte und mehr steigern. Der Eintritt rascher Ermüdung ist beim Gebrauch des Paraldehyds fast noch auffälliger als beim Chloralhydrat. Der Geschmack ist freilich noch widerlicher; er wird etwas verdeckt durch 1½fachen Zusatz von Tinct. Aurantii simpl.; es muss dann umgeschüttelt werden. Sehr unangenehm ist auch noch der zuweilen 24 Stunden anhaltende Nachgeschmack und höchst unangenehme Geruch, der sehr merkbar für die Umgebung ist, da das Paraldehyd durch die Lungen wieder ausgeschieden wird. Daher ist die Anwendung im Klystier (mit einer Oelemulsion) zuweilen angebracht.

So vortrefflich nun die Wirkung dieser beiden Schlafmittel ist, so gibt es doch zahlreiche Fälle, in denen sie namentlich wegen des erwähnten widerlichen Geschmackes abgelehnt werden. Es ist daher natürlich, dass immer wieder neue Versuche auftauchen, den Arzneischatz mit andern womöglich geschmacklosen Schlafmitteln zu bereichern. Jedoch wird der praktische Arzt sich hüten, sie sofort zu benützen; leider wird ihre anfängliche Anpreisung meistens bald widerrufen oder es werden schädliche Folgen berichtet. Auch nicht ohne Bedenken ist daher hier das **Sulfonal** anzuführen; es ist ein in Wasser schwer lösliches Pulver, so gut wie geschmacklos, so dass es sogar meistens unbemerkt in festen Speisen gegeben werden kann. Schon Gaben von 2 *gr* rufen zuweilen Schwindel hervor, der längere Zeit andauert; in getheilten Gaben von 1/2 *gr* zweimal, höchstens sechsmal täglich, ist es sehr wirksam. Vorsichtigkeit ist um so wichtiger als seine Wirkung individuell sehr verschieden ist. Wichtig zu wissen ist es, dass ein masernartiger Hautausschlag zuweilen nachher beobachtet ist; einige Male fand ich bei älteren marastischen Personen den Urin längere Zeit burgunderroth gefärbt und konnte Haemoglobinurie nachgewiesen werden, welche in einem Falle schwand nach Aussetzen des Mittels. Bei Bettlage scheinen solche Erscheinungen nicht aufzutreten.

Beruhigung und Schlaf rufen auch einige **Alkaloide** hervor, die man vorzugsweise gern als Einspritzungen unter die Haut anwendet. Nicht nur die Gefahr der Gewöhnung an solche Mittel, bei einigen auch eine Reihe unangenehmer Nebenwirkungen mahnen uns, sie sparsam zu gebrauchen. Wo es angeht, wird man die innerliche Anwendung daher zuerst versuchen, und erst bei Misserfolgen zur Einspritzung schreiten. So ist z. B. das **Hyoscin** innerlich gegeben als Hyoscinum muriaticum 0·001—0·002 im Ganzen ohne unangenehme Nebenwirkungen, während es bei Einspritzungen schon in der geringen Menge von 1/2—1 *mgr* ausser rasch eintretendem tiefen Schlaf, noch lange nachher schwankenden Gang und grösste Erweiterung der Pupillen zur Folge hat, also Vergiftungserscheinungen, neben denen auch Trockenheit im Halse und starke Benommenheit vom Kranken selbst empfunden werden. Der Schlaf ist kein erquickender, die Beruhigung dagegen, nachdem zuweilen rasch vorübergehend auch noch kurze heftige Erregung aufgetreten ist, wenigstens für einige Stunden eine so vollkommene, dass es z. B. erlaubt scheint, einen tobsüchtigen Kranken dadurch so lange widerstandslos zu machen, bis er in eine Anstalt gebracht ist; wenn man es nicht vorzieht anstatt dieses chemischen Zwanges dann doch mechanischen auszuüben.

Jedenfalls harmloser, obwohl ja immer ein tiefer Eingriff, ist die durch Morphiumeinspritzung in solchen Fällen zu erreichende Beruhigung. Dagegen ist das **Morphium** auch als ein Heilmittel im eigentlichen Sinne bei Geisteskranken in mehrfacher Hinsicht zu betrachten. Voran steht seine schmerzlindernde Wirkung; dadurch wird es nach Beseitigung des Schmerzes mittelbar ein Schlafmittel. Einspritzungen sind freilich rascher und deutlicher wirksam, aber bei innerlicher Anwendung entgeht man länger der Gefahr der Gewöhnung, die ja beim Morphium so gross ist. Andrerseits ist die Wirkung bei Einspritzungen natürlich rascher und entschiedener und legt die genaue und regelmässige Behandlung ganz in die Hand des Arztes. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass Morphiumeinspritzungen in den verschiedensten Fällen geistiger Störung im Augenblick beruhigend wirken, dass aber die vorübergehende Wirkung nur selten durch methodisch wiederholte Anwendung zu einer längeren und ununterbrochenen gesteigert werden darf; die Erfahrung scheint indessen für die besondere Form der circulären Geistesstörung die Ansicht zu unterstützen, dass es möglich sei, durch grössere Mengen eine Zeitlang wiederholter Einspritzungen den trostlosen Wechsel von trüber und heiterer Stimmung zu unterbrechen, gewissermassen durch Zersprengen eines Gliedes in der Kette der Erscheinungen den Zusammenhang zu zerreissen. Bei grosser körperlicher Schwäche und bei sehr grosser Aufregung, die von starker Erweiterung der Gefässe des Kopfes begleitet ist, wird von Morphiumeinspritzungen abgerathen; ebenfalls bei Herzfehlern ist Vorsicht nöthig. Die Möglichkeit der Einverleibung des Mittels ohne dazu nöthige Mitwirkung des oft widerstrebenden Kranken ist ein Vorzug, den die Morphiumeinspritzung mit allen Injectionen von Arzneimitteln theilt. Die Anfangs oft unangenehme Nebenwirkung der Uebelkeit und des Erbrechens verliert sich vielfach bald. Bedenklicher sind einige andere Zufälle, die unter stürmischen Erscheinungen zu verlaufen pflegen. Entweder sind es Gefässlähmungen allein, oder in Verbindung mit Athmungslähmung. Die gebräuchliche Anfangsgabe von guter Wirkung ist 0·015 *ctgr.* Eine Steigerung hängt von individuellen Verhältnissen ab; grössere Mengen als 4 oder 5 *ctgr.* sollten nicht überschritten werden, die natürlich erst in einigen Wochen oder Monaten erreicht werden dürfen. Aber die Gefahr der Gewöhnung wird schon von diesen Mengen zurückschrecken. Zuweilen kann man dann unter allmälicher Verdünnung bis zur Einspritzung von destillirtem Wasser gelangen, ohne dass der Kranke einen Unterschied merkt, besonders wenn man durch ermunternden Zuspruch

und Hinweis auf die nicht ausbleibende Beruhigung dem Kranken die erwünschte und erwartete Wirkung einredet. Sowohl zur Abgewöhnung wie für längere wünschenswerthe psychische Beruhigung scheint diese kleine Betrügerei in einzelnen Fällen erlaubt.

Verwandt der Wirkung des Morphiums ist die des **Opiums**. Dass es namentlich in melancholischen Angstzuständen weiblicher Kranken noch besser als das Morphium wirke, ist ein vielfach geltendes Dogma, ohne dass eine Erklärung dafür gegeben werden kann. Man gibt es gern bei Blutarmuth. Die hartnäckige Verstopfung ist eine unerfreuliche Zugabe, da sie zur Anwendung von Klystieren und Abführmitteln zwingt. Auch der Geschmack ist nicht angenehm; darum wird es auch im Klystier oder als Stuhlzäpfchen gegeben. Die Anwendung in eingespritzter Lösung ist aber nicht zu empfehlen, da das dazu gebräuchliche Extractum Opii aquosum meistens trübe ist und oft zu Schmerzen und Abscessen der Haut führt. Man gibt das Opium am Besten als Tinctura Opii simplex, 10—20 Tropfen 2—3 mal täglich, oder in Pulverform als Opium purum, Anfangs etwa 0·03 zweimal täglich, und kann rasch steigen bis zu mehreren Decigrammen pro dosi, sinkt aber beim Aufgeben des Mittels lieber langsam. In grossen, Schlaf erzeugenden Gaben ist es verwerflich, wie jeder chemische Zwang von längerer Dauer.

Allgemeine Rathschläge über die Anwendung anderer Narcotica zu geben, unterlasse ich, da ihre Wirkung für die Behandlung der Psychosen in der Praxis eine zu unsichere ist; unter der genaueren Beaufsichtigung in Krankenhäusern und Irrenanstalten sind natürlich dann, wenn die gebräuchlichen Mittel einmal im Stich lassen sollten, auch Versuche mit Extr. Belladonnae, Cannabispräparaten, Strammonium, Apomorphin und den unzähligen sonstigen narcotischen Mitteln erlaubt, von denen leider eins das andere auf dem Arzneimarkt verdrängt.

Umfangreich ist die Verwendung der **Bromsalze** bei geistigen Störungen zur Herabsetzung der Erregbarkeit in verschiedener Hinsicht; man kann die Art der Wirkung unterscheiden, je nachdem diese unmittelbar auf die Hirnrinde sich geltend macht oder durch Milderung peripherer Reizzustände in verschiedenen Organen; häufig natürlich auch durch Beruhigung des gesammten Centralnervensystems beide Theilwirkungen vereinigend. Bei weitem am Gebräuchlichsten ist das Bromkalium, während dem Bromnatrium und Bromammonium nur in Verbindung mit jenem gute Erfolge zugeschrieben werden. Unmittelbar auf die Hirnrinde wirkend wird es

bei epileptischen und anderen Reizzuständen der motorischen Functionsgebiete benutzt, ferner bei periodischen Erregungszuständen, die ohne Gefässschwankungen einhergehen; im Gegensatz zu den Opiaten, deren Wirkung durch das Gefässsystem vermittelt wird, ist die der Brompräparate dabei auf chemische Veränderungen der Nervensubstanz zu beziehen. Die Dosirung wird bei den einzelnen Krankheitsformen besprochen werden. Die Herabsetzung peripherer Reizzustände neuralgischer Art erweitert die Anwendbarkeit des Bromkaliums sehr; daher ist es zweckmässig für manche nervöse Störungen. Besonders gern wird es gegeben bei Reizzuständen sexueller Organe, aber auch bei nicht peripher zu begründendem Sexualreiz; ziemlich allgemein zugegeben ist auch die bessere Wirksamkeit beim weiblichen Geschlecht, wie diese besonders deutlich hervortritt in menstrualen Erregungszuständen. Die Herabsetzung geschlechtlicher Erregung erfordert aber recht grosse Gaben und diese führen bei längerem Gebrauch zu den bekannten unangenehmen Nebenwirkungen. Die schwindelartigen Zustände und die starke Benommenheit nach grösseren Mengen Bromkalium sind die Ursache, dass es auch als Schlafmittel benützt wird, obwohl der schlafartige Zustand auch in den schlaffreien Zeiten fortbesteht und dadurch von dem echten Schlaf unterschieden ist. Für die elegante Praxis ist das kohlensaure Bromwasser wegen Verdeckung des salzigen Geschmacks zu empfehlen und wird im oben besprochenen Sinne gern bei sog. nervöser Schlaflosigkeit gegeben.

3. Bekämpfung einzelner wichtiger Zeichen.

Die Behandlung der Schlaflosigkeit, Angst und Unruhe entspricht nun freilich immer nur der Forderung, die auffallendsten Erscheinungen der Krankheit zu besänftigen oder zu beseitigen; die Entfernung der Ursachen ist dadurch nicht zu erreichen. Ueberhaupt ist eine rein ursächliche Behandlung bei geistigen Störungen nur in wenigen Fällen möglich, bei fieberhaften Krankheiten z. B. und Allgemeinerkrankungen wie Syphilis, bei Nierenleiden, Magenerkrankungen u. s. w. Hierbei hat man nach den Regeln der allgemeinen Therapie zu verfahren. Im Uebrigen sind wir oft trotz der Kenntniss vorliegender Ursachen nicht im Stande diese zu beseitigen, man denke wieder an das weite Gebiet erblicher Erkrankungen; wir müssen uns dann begnügen mit der Bekämpfung der wichtigsten Zeichen des Irreseins. Bei einzelnen ist auch dies überhaupt nicht möglich, so können wir gegen Sinnestäuschungen nur dann mit

einer gewissen Aussicht auf Erfolg vorgehen, wenn die sorgfältige Untersuchung einen Anhalt für ihre periphere Entstehung gegeben hat. Einseitige Gehörstäuschungen z. B. wecken diesen Verdacht und erfordern die sachgemässe Behandlung etwaiger Ohrenleiden.

Unter den Zuständen, die das Irresein begleiten, erfordert die **Nahrungsverweigerung** aus praktischen Gründen eine ausführliche Erörterung. Vorschlagend häufig begegnen wir dieser Erscheinung in der Melancholie und als Folge von Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen. Die Kranken schmecken oder riechen Gift in der gebotenen Nahrung, glauben daher, dass ihr gefährliche Bestandtheile zugemengt seien; andere Kranke enthalten sich der Nahrung, um ein Gelübde zu erfüllen oder weil sie sich ausser Stande glauben, sie zu bezahlen, meinen, das Essen nicht werth zu sein; die Absicht des Selbstmordes kann den Wunsch des Verhungerns begründen; Viele sind überzeugt, dass ihre Verdauungsorgane undurchgängig sind oder gar völlig fehlen. Genug die zahlreichsten Beweggründe machen die Nahrungsverweigerung zu einer häufigen und hartnäckigen Erscheinung des Irreseins. Allgemein ist nun zu bemerken, dass man sich nicht zu rasch erschrecken lassen darf bei beginnender Nahrungsverweigerung; eine grosse Vielgeschäftigkeit und wiederholte eindringliche Aufforderung zum Essen ist sogar in mancher Beziehung bedenklich, denn Vergiftungsbefürchtungen werden dadurch häufig in der Meinung des Kranken bestätigt, vorgenommene Gelübde durch den Widerspruch in seinen Augen in ihrer Bedeutung erhöht, während die Nichtbeachtung jene Vorstellungen lahm legt. In vielen Fällen ist der beste Bundesgenosse unserer Wünsche der Hunger, der bisweilen nach einigen Tagen sich so stark geltend macht, dass der Kranke dann mit wahrer Gier über die vorgesetzten Speisen herfällt. Es ist daher in vielen Fällen sehr zu empfehlen, sich scheinbar um die Nahrungsverweigerung gar nicht zu kümmern, die Speisen regelmässig hinzusetzen und den Kranken längere Zeit mit ihnen allein zu lassen. Viele essen dann, wenn sie sich unbeobachtet glauben. Dies geschieht am Ersten im Bett, und ist die Bettlage gerade bei Nahrungsverweigerung, zur Erhaltung der Kräfte und Körperwärme die erste auszuführende Forderung. Dann aber ist die abwartende Behandlung vielfach zu verändern je nach dem einzelnen Falle; bei getrübtem Bewusstsein, bei herabgesetzter Willenskraft genügt es oft den Löffel an den Mund zu führen, oder die Speisen in den Mund zu schieben, worauf die entsprechenden Kau- und Schluckbewegungen reflectorisch ausgeführt werden. Vorübergehend können Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen durch

die bestimmte Versicherung, dass das Essen erlaubt sei, zuweilen durch einen ruhigen Befehl überwunden werden; Vergiftungsfurcht lässt sich zuweilen beseitigen durch Probieren oder das Geniessen der Speise aus derselben Schüssel. Unbedenklich ist manchen Kranken der Genuss von Eiern, andere greifen nach den Speisen der Nachbarn, die ihnen unschädlich scheinen, sie sind daher in Gesellschaft Anderer bei erlaubtem Umtausch der Schüsseln zum Essen zu bewegen. Meistens aber ist der Hunger der mächtigste Antrieb und ist daher die Darreichung oder gebotene Auswahl der verlockendsten Speisen in besonders dazu hergerichteten Speiseschränken wohl in der Regel unnöthig. Wenn die Kranken Wasser geniessen, was vielfach neben sonstiger hartnäckiger Nahrungsverweigerung der Fall ist, kann man ihnen durch unbemerkten Zusatz von Zucker etwas Nahrungsstoff zuführen; überhaupt ist das Wassertrinken ein Grund, die nothwendig scheinende zwangsweise Ernährung noch aufzuschieben.

Vorher muss man auch versuchen, Reinhaltung des Mundes durch Ausspülen mit Wasser zu erreichen. Die Behandlung eines begleitenden Magenkatarrhs oder einer Verstopfung ist zuweilen dadurch erleichtert, dass Kranke sich nicht gegen die Darreichung von Arzneien sträuben, deren Herstellung in der Apotheke sie ihnen unverdächtig macht. Wasserklystiere sind zu versuchen, da wie schon berührt die genügende Wasserzufuhr eine längere Nahrungsenthaltung nicht so bedenklich erscheinen lässt.

Bei gutem Ernährungszustand und Bettruhe darf man in der Regel ohne Bedenken acht Tage verstreichen lassen, ehe man zu der dann nothwendig werdenden **Zwangsfütterung** schreitet; ja auch über diese Zeit hinaus bis zu 14 Tagen und länger zu warten, ist unter günstigen Vorbedingungen erlaubt, wie dies die lächerlichen Versuche der Hungerkünstler ebenfalls gelehrt haben. Ist der völligen Nahrungsverweigerung aber schon eine längere Zeit ungenügender Nahrungszufuhr vorausgegangen oder liefen andere entkräftende Ursachen voraus, so wird schon nach wenigen Tagen die künstliche Ernährung stattfinden müssen. Dann halte man sich aber nicht auf mit Schnabeltassen, Eingiessen flüssiger Nahrung mit zugedrückten Nasenflügeln, wodurch der Kranke zum Schlucken veranlasst werden soll, und ähnlichen Versuchen, die einerseits ungenügend auszufallen pflegen und auch, wenn nicht gefährlich durch Verschlucken, so doch leicht zu Verletzungen der Mundschleimhaut, der Lippen und Zähne führen.

Die beste Art ist die Einführung einer Sonde in den Magen, und stehen dazu zwei Wege offen, entweder der durch den

Mund oder durch die Nase. Da die Eröffnung des Mundes oft nur mit harten Mundsperren unter roher Gewalt möglich ist, bei der eine Verletzung kaum zu vermeiden ist, so ist die Einführung der Sonde durch die Nase fast immer der mildeste Zwang. Die weichen Nasensonden (Jacques Patent) sind sehr zu empfehlen. Wünschenswerth ist ein trichterförmiges Auslaufen des äusseren Endes zum bequemen Eingiessen der nährenden, passend zusammengesetzten Flüssigkeiten aus Gefässen mit Mundstücken oder röhrenförmigen Ansätzen. Der Kranke muss natürlich durch eine oder mehrere andere Personen festgehalten werden, und dies ist am Leichtesten im Bett in der Rückenlage zu erreichen. Bei der Einführung der Nasensonde wird man meistens von der Leichtigkeit überrascht. Die mit Seitenöffnungen versehene Spitze wird durch kurzes Eintauchen in heisses Wasser vorher biegsam gemacht und etwas nach Unten gebogen, während man dem übrigen Theil der Sonde seine feste elastische Stärke lässt; die Einführung geschieht langsam und pflegt an der hintern Rachenwand, sowie in der Höhe des Kehlkopfes einen leicht zu überwindenden Widerstand zu finden. Wenn die Sonde gewöhnlich auch ziemlich sicher am Kehlkopf vorbeigleitet, besonders bei nicht zu starker Umbiegung der Spitze, so ist die Gefahr des Eindringens in die Luftröhre bei solchen Kranken zu bedenken, die gelähmt sind oder deren tiefere Bewusstseinsstörung es nicht zu stürmischen Reflexbewegungen kommen lässt; ein ziemlich sicheres Mittel, um zu erfahren, ob die Sonde wirklich in den Magen gedrungen ist, hat man in der Auscultation des Magens bei gleichzeitigem Einblasen von Luft durch die Sonde, was eine dritte Person ausführt. Auch die Auftreibung des Magens, der sich mit Luft füllt, kann den richtigen Weg sichtbar machen. Da bei zurückgebeugtem Kopfe des Erwachsenen die Entfernung von den Schneidezähnen bis zur Cardia 40—44 *cm* beträgt, (max. 46, min. 30), so hat man übrigens bei Anbringung einer entsprechenden Marke an der Sonde schon vorher einen Anhalt über die erreichte Weglänge; für den Weg durch die Nase wird man 1 bis 2 *cm* hinzuzählen müssen. Häufig genügt eine einmalige Fütterung, um den Kranken zu selbstständigem Essen zu bringen, da die Sonde immerhin peinigende Gefühle hervorruft; je nach dem Kräftezustand des Kranken wird man sonst ein- oder zweimal täglich die Sonde einführen. Durch Oel oder Vaselin wird das Gleiten erleichtert, leises Vorschieben und Zurückziehen der Sonde ist oft nützlich, eine Schluckbewegung erleichtert die Absicht, und das Eingiessen einiger Tropfen Wasser in den freien Nasengang kann sie hervorrufen, so dass der Kranke die Sonde dann gewissermassen selbst-

ständig hinunterschlingt; das Wechseln zwischen rechtem und linkem Nasengang erlaubt eine vorübergehende Schonung der betreffenden Schleimhauttheile. Zuerst giesst man nur einige Tropfen der Flüssigkeit ein, die selbstverständlich durchaus frei von Gerinnseln u. s. w. sein muss; will man ganz sicher gehen, so beginnt man sogar nur mit einigen Tropfen Wasser, das selbst im Bronchialbaum ohne Schaden aufgesogen werden kann, und mechanisch zu Husten oder Athemnoth führen würde. Ueberhaupt aber begnüge man sich das erste Mal höchstens $^1/_2$ Liter Nährflüssigkeit einzugiessen, um den zusammengezogenen Magen und seine mangelhafte Verdauungssaftabsonderung nicht sofort zu sehr in Anspruch zu nehmen. Grössere Schwierigkeiten entstehen zuweilen durch Erbrechen, das unwillkürlich nach Einführung der Flüssigkeit geschieht; der Zusatz einiger Tropfen Chloroform, Bepinselung des Rachens mit Cocain kann diesem Uebelstand vielleicht abhelfen. Machtlos pflegen wir aber zu sein, wo das Erbrechen willkürlich geschieht in Folge von Wahnvorstellungen, denn Nähr-Klystiere pressen diese Kranken auch hinaus, und wir müssen sie thatsächlich verhungern lassen. Auch hartnäckiges unwillkürliches Erbrechen kann zu demselben Ende führen, denn das fortgesetzte Erbrechen von Mageninhalt neben der Sonde, zwingt wegen der Gefahr des Erstickens oder Fremdkörperpneumonieen zum Aufgeben der künstlichen Ernährung. Bei ungehinderter Durchführung aber hat man sie Wochen, Monate, selbst Jahre angewandt, und das Leben erhalten bis zur eintretenden Genesung; indessen ist es wichtig zu wissen, dass es Fälle gibt, wo trotz der zweckmässigsten erzwungenen Ernährung, Erschöpfung und Tod eintritt, als Folge des allgemeinen Darniederliegens aller Functionen, die die geistige Störung begleiten.

Zuweilen gelingt es auch in folgender einfachen Weise den Kranken flüssige Nahrung beizubringen; man legt sie horizontal, den Kopf leicht zurückgebeugt, und von Jemandem so festgehalten — ist der Widerstand nicht zu gross — lässt sich unmittelbar in einen Nasengang etwas eingiessen; zur Sicherheit nimmt man zuerst immer Wasser, um die richtige Schluckbewegung und den richtigen Weg einzuleiten.

Im Allgemeinen verbieten äussere Umstände die Durchführung der Zwangsfütterung in privaten Verhältnissen, und wird man solche Kranke lieber in Krankenhäuser oder Anstalten schicken. Wir nähern uns überhaupt immer mehr der Behandlung derjenigen Erscheinungen bei Geisteskranken, die nur in Irrenanstalten mit Aussicht auf Erfolg stattfinden können. Es bleibt uns daher die Aufgabe, gleich-

zeitig mit der Schilderung der Bekämpfung einzelner wichtiger Zeichen die weiteren Gründe zu entwickeln, die zu solcher Ueberführung in die Anstalt veranlassen, und eine kurze Schilderung der Mittel zu geben, die einer Irrenanstalt zu Gebote stehen und sie der Behandlung und Pflege in privaten Verhältnissen überlegen machen. Dahin gehört nun vor allen Dingen noch eine bei den Kranken etwa hervortretende **Neigung zum Selbstmorde.**

Selbstmordsüchtige bedürfen einer besonderen Ueberwachung und dürfen sich selbst nicht einen Augenblick überlassen bleiben. Die Möglichkeit, mehrere dieser Kranken genügend zu beaufsichtigen, bietet ein sogenannter Schlafwachsaal, in dem Tag und Nacht wechselnde Wachen sind; ein solcher Raum muss dabei in der Weise eingerichtet sein, dass jede Gelegenheit zur Ausführung der gefährlichen Neigung möglichst fehlt. Nägel, Haken, Vorsprünge an Wänden und Betten sind thunlichst zu beseitigen, scharfe Instrumente dürfen nicht hineinkommen, daher lieber nur Löffel als Messer und Gabeln zu benutzen sind; Halstücher, Bänder werden von der Kleidung entfernt. Obwohl es natürlich nicht möglich ist, alle zu Selbstmordversuchen geeigneten Mittel zu entfernen, so ist doch die Annäherung an das vorgestreckte Ziel immer zu erstreben, da vielfach erst die Gelegenheit zur That reizt. Es gibt aber immer wieder so erfinderische und energisch ihrem Zweck nachstrebende Kranke, dass Beaufsichtigung und Entfernung der meisten Gelegenheiten zum Selbstmord häufig noch nicht genügen; es bleibt dann zunächst nur die Möglichkeit, wenn Zwang im gewöhnlichen Sinne des Wortes, soweit damit eine Beschränkung der freien Bewegung der Gliedmassen gemeint ist, vermieden werden soll, den Kranken in einen Raum zu bringen, der ausser den kahlen, glatten Wänden, Fenster hat, die entweder mit feinen Drahtnetzen vergittert sind oder aus dickem starken Glas bestehen, sowie Thüren ohne Vorsprünge und Griff. Freilich ist es dann auch noch nöthig, dem Kranken die Bettstelle zu nehmen, und selbst dann ist man noch nicht sicher, ob er es nicht versucht sich mit Kleiderfetzen oder Bettlakenstreifen den Hals zuzuschnüren, oder mit dem Kopf gegen die Wand zu rennen; durch letztere Versuche wird es ihm freilich selten gelingen, sich das Leben zu nehmen, obwohl auch z. B. schon Schädelbrüche und Bruch der Halswirbelsäule dabei vorgekommen sind, aber schwere Verletzungen anderer Art können nicht verhindert werden. Es bleibt dann nichts Anderes übrig, als eine Beschränkung des Gebrauchs der Hände durch irgend ein geläufiges Zwangsmittel, wie lederne Handschuhe oder eine Zwangsjacke bei gleichzeitiger Beaufsichtigung in einem Wachsaale.

Ganz selten kann man hierdurch auch noch keinen ausreichenden Schutz verleihen und bleibt dann nichts Anderes übrig als sichere Befestigung an der Bettstelle oder chemischer Zwang, d. h. Betäubung durch Einspritzungen; denn Festhalten durch die Umgebung ist für längere Dauer unmöglich und artet auch sehr leicht in Rohheiten aus. Es gilt aber als eine wichtige Regel zu verlangen, dass kein mechanisch beschränkter Kranker ohne beständige Aufsicht gelassen werden darf zur Vermeidung schweren Unglücks, wie z. B. einer Erhängung an den Bändern einer gelösten Zwangsjacke.

Die augenblicklich herrschende Zeitströmung geht dahin, jeden **mechanischen Zwang** zu vermeiden, und sicher ist er unter Zuhülfenahme starker Arzneien sowie bei reichlichem und gut geschultem Wartpersonal zu entbehren; theilweise ist es daher einfach eine Geldfrage, um die es sich handelt, da gutes Pflegepersonal auch gut besoldet sein will. Man wird in einer gut eingerichteten Irrenanstalt auch ohne Frage das Fehlen des Zwangs als Regel hinzustellen haben; aber keine Ausnahmen gelten zu lassen, wäre Principienreiterei in einzelnen Fällen. Es sei erinnert an **schwere Verletzungen** unruhiger Kranken, die überhaupt nur bei **erzwungener** Ruhelage heilen können; wenn **Erschöpfungszustände** eintreten, kann vorübergehend mechanischer Zwang sogar geboten sein, da Arzneimittel das erschöpfte Nervensystem nur weiter lähmen würden. In unheilbaren Krankheitsfällen wird man der Umgebung zu Liebe vielleicht lieber chemischen Zwang anwenden, bei frischen ist die Gefahr chemischer Schädigung des Gehirns bedenklich. Endlich gibt es Grade von **Unreinlichkeit**, Schmieren mit den Excrementen bei Unbesinnlichen, denen man mit Klystieren nicht mehr das Material zum Schmieren entziehen kann; die Anlegung von Handschuhen genügt dabei vielfach, und sicher bewahrt man den unglücklichen Kranken dadurch z. B. vor rohen Abwaschungen, zu denen auch der geduldigste Wärter in unbewachten Augenblicken zu greifen geneigt ist.

Unreinlichkeit und Neigung zum Zerstören zwingen uns oft, den Kranken eine besonders starke Kleidung anzulegen, ebenso das nicht seltene Streben, sich zu entkleiden. Feste Anzüge aus starkem Leinen, die auf dem Rücken schraubenartige Verschlüsse haben, dienen dazu. Geschirre aus Pappe gibt man gewaltthätigen Kranken, die damit keinen grösseren Schaden in ihrer Umgebung anrichten können. Es muss aber dem Wartpersonal als Gesetz gelten, kein Zwangsmittel anzuwenden, besonders niemals ohne ärztliche Anordnung und es muss ihm als Ehrensache gelten, durch Wachsamkeit und Umsicht das Meiste zu erreichen.

Aufmerksame Wärter, die den Kranken häufig zur Befriedigung seiner Bedürfnisse zu bewegen suchen, können dadurch allein schon in den meisten Fällen Verunreinigungen verhüten; dass durch häufige Bäder und andere Reinigungen gegen etwaige hygienische Nachtheile einzuschreiten ist, versteht sich wohl von selbst. Ich unterlasse es, die Einrichtungen im Einzelnen zu schildern, die man dagegen getroffen hat durch besondere Bettstellen mit Abflusseinrichtungen, oder Unterlagen aus Gummi, Grasarten, Stroh- und Kornkissen; hervorgehoben soll nur die ausgezeichnete Wirkung werden, die bei gelähmten Kranken durch ein Holzwollelager erreicht wird, auf dem sogar ausgedehnte **Druckbrand**stellen über Erwarten rasch und vollständig heilen. Die Hauptsache bleibt aber die gute Pflege, und durch häufiges Umbetten ist man gewiss in der Lage, das Auftreten von Druckbrand in den meisten Fällen ganz zu verhindern.

D. Vorurtheile gegen Irrenanstalten; ihre Vorzüge. Ueberführung in die Anstalt.

Wir haben nun schon mehrere Gründe kennen gelernt, die zur Ueberführung des Kranken in eine Irrenanstalt drängen; es waren durchweg Gründe der Zweckmässigkeit bei der Bekämpfung einiger Erscheinungen des Irreseins. Aber weit wichtiger noch ist der Grundsatz heilbare Kranke besonders der untern Stände sobald wie möglich in die Anstalt zu bringen, weil für sie die häuslichen Verhältnisse die Durchführung der vorhin gemachten Vorschläge in der Regel verbieten. Bei den höhern Ständen ist das **Vorurtheil gegen die Irrenanstalten** im Allgemeinen noch grösser, und in der That ist der Aufenthalt in ihnen leider immer noch ein Hinderniss für ihr späteres Fortkommen, selbst bei völliger Genesung; daher suchen einige „Nervenanstalten“ durch Vermeidung des gefürchteten Namens mit Erfolg jenen Nachtheil zu vermeiden. Ganz wird das Vorurtheil wohl niemals schwinden können, besonders wird es genährt durch die grosse Zahl nicht völlig genesener, nur beruhigter Kranken, die die Anstalten verlassen und nicht wieder völlig leistungsfähig ins Leben zurückkehren; viel wird aber noch dagegen gethan werden können, wenn man sich entschliesst, den Eintritt und Austritt aus den Anstalten durch Beseitigung formeller Bedingungen, wie sie noch meistens bestehen, zu erleichtern. Thatsächlich gehen ihnen erschreckend wenig heilbare Fälle zu, die vielfach noch in die bequemer zu erreichenden Krankenhäuser gelangen, aber dort meistens ungenügend verpflegt und behandelt werden, so dass sie als verschleppte Zu-

stände endlich doch noch den Irrenanstalten zugewiesen werden müssen. Wenn erst überall für erleichterte Aufnahme der heilbaren Kranken gesorgt sein wird, wird der Zufluss unheilbarer in den Irrenanstalten und die Anhäufung eines immer wachsenden Bestandes bald deutlich abnehmen.

Eine gute **Irrenanstalt** bietet aber den heilbaren Kranken einen **Vortheil,** den sonst selbst gute Krankenhäuser nicht zu besitzen pflegen; es ist dies die Gelegenheit zu einer geregelten Beschäftigung, besonders zu einer solchen in freier frischer Luft. Die für eine beschleunigte Aufnahme so ausserordentlich geeigneten Stadt-Asyle müssen daher ihre Reconvalescenten noch zur Beschleunigung der Genesung abgeben an die meistens ländlich gelegenen Irrenhäuser.

Wohlverstanden, auch die Genesenden sollen diesen Vortheil haben, nicht nur die Pfleglinge, für die ländliche Irrencolonieen und Familienpflege sogar noch andere Beschäftigungsmittel bieten. Jene bedürfen ja noch genauerer Aufsicht, und darum wird man sie am Liebsten mit Gartenarbeiten beschäftigen. Aber Beschäftigung, namentlich in schlechterer Jahreszeit, bietet die Anstalt in zahlreichen Werkstellen, in allen Einrichtungen des Hauses, die der Reinigung bedürfen; weibliche Kranke haben ausreichende Thätigkeit in der Beschaffung der Kleidungsstücke, des Leinenzeuges und der Wäsche, genug Thätigkeit und Beschäftigung in Fülle. Es würde zu einer eingehenden Schilderung einer Anstalt führen, wollte man alle die Gelegenheiten zur Beschäftigung aufzählen. Es kann jedem Studirenden und Arzte nur gerathen werden, gerade in dieser Hinsicht einmal wenigstens eine Irrenanstalt zu besuchen; dadurch werden auch die Vorurtheile, die sich immer noch fortpflanzen, und die grundfalschen Ansichten über das Leben und Treiben in einer Anstalt bei ihm schwinden; er wird überall den wohlwollenden Geist bemerken, der dort herrscht und in allen Anordnungen des Arztes hervortritt. Dass diesem dabei die Macht zu Gebote steht, die Ausführung seiner Anordnungen zu erreichen, erleichtert die milde Behandlung sehr; denn die Macht des Beispiels und des widerspruchslosen Gehorchens eines grossen Personals und vieler anderer Kranken lässt es meistens bei Neueintretenden gar nicht erst dazu kommen, sich gegen die Disciplin aufzulehnen. Die Zeit des Wachens und Schlafens ist bestimmt, die Zeit und Art des Essens, die Zeit des Spazierengehens und etwaiger Beschäftigung, so dass ein Kranker, der sich selbst nicht mehr leiten kann, wie ein Rad in einer Maschine genöthigt ist, ihrem Gang zu

folgen. Es ist daher nicht allein die geregelte und gute Pflege des Körpers, sondern das Abnehmen aller Sorgen für die Bedürfnisse des Lebens, die Fernhaltung aller neuen schädlichen Eindrücke, die in überraschender Weise in einer Anstalt rasch die Beruhigung herbeiführen, welche trotz liebevollster Sorgfalt den Angehörigen und trotz zahlreicher Arzneien dem praktischen Arzte nicht gelang. Selbst höhere Grade von Aufregung verschwinden oft bald in der Anstalt, da der Kranke rasch empfindet, dass ein anderer, wenn auch strenger, so doch wohlwollender Geist der Ordnung, nicht sein krankhaft erregter Wille herrscht, unterstützt von äusseren Einrichtungen, gegen die er machtlos ist. In den besten Anstalten ist die Disciplin aber weniger wirksam als die von edler Begeisterung getragene ärztliche Fürsorge, die in möglichst freier Behandlung das Ideal der Psychiatrie zu erreichen sucht.

Da die Aufnahme-Bedingungen, welche gesetzlich vorgeschrieben sind, in verschiedenen Ländern und Theilen eines Staates noch recht verschieden sind, so kann ihre Wiedergabe hier nicht stattfinden. Der Arzt muss sich eine solche bestimmte Vorschrift verschaffen und zur Anwendung bereit halten, um im einzelnen Fall keine Zeit zu verlieren mit überflüssigen Schreibereien zu ihrer Erreichung. Ueberhaupt muss er sich rechtzeitig entscheiden und dann nicht mit dem Kranken lange vor seiner **Versetzung in die Anstalt** von dieser sprechen, sie ihm nicht gewissermassen als Drohung vorhalten. Erst nach Erledigung aller Vorbereitungen erkläre er zwar rücksichtsvoll, aber fest und bündig die vorliegende Nothwendigkeit. Meistens nimmt der Kranke eine solche Eröffnung viel ruhiger auf, als befürchtet wurde. Widerspricht er, so vermeide man es durch lange Vorstellungen und Verhandlungen seine Zustimmung zu erreichen, sondern spreche von der Massregel stets als von einer abgemachten Sache. Die Ueberführung darf dann niemals mit List geschehen; falsche Vorspiegelungen würden eine falsche Rücksichtsnahme sein, die möglicherweise den Angehörigen aufregende Scenen erspart, aber den Kranken sofort mit Misstrauen gegen seine neue Umgebung erfüllt und dauernden Groll gegen die Angehörigen zurücklässt, der auch nach eingetretener Genesung eine Missstimmung bestehen lässt. Meistens genügt also der Hinweis auf die Nothwendigkeit der Versetzung in eine Anstalt; doch sei man gerüstet, sie nöthigenfalls zu erzwingen, und darf man sich nicht scheuen, bei thätlichem Widerstande offene Gewalt anzuwenden. Vielfach empfiehlt es sich dabei, die Hülfe der Behörden zu benutzen, weil dadurch manche Kranke nicht nur leichter überzuführen sind, sondern namentlich auch ein gewisses Verständniss

dafür gewinnen, dass nicht nur die Angehörigen, sondern auch die öffentlichen Behörden die Nothwendigkeit dazu erkannt haben. Gemeingefährliche und sehr aufgeregte, sowie unbesinnliche Kranke werden selbstverständlich mit möglichster Rücksicht auf die Angehörigen und das Publicum übergeführt, so dass die Anwendung einer mechanischen Beschränkung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung wegen erlaubt ist, wenn es nicht gelingt, den Kranken während des Transportes durch Schlafmittel oder etwa eine Einspritzung von Hyoscin, wie oben erörtert ist, so lange zu beruhigen, dass er ohne weitere Störungen in die Anstalt gebracht werden kann.

Die allgemeine Regel, frische heilbare Erkrankungen möglichst bald in eine Anstalt zu bringen, kann man den Angehörigen meistens dadurch berechtigter erscheinen lassen, dass man sie hinweist auf die Wahrscheinlichkeit einer längeren Dauer der Krankheit. Andererseits aber ist es natürlich, dass der praktische Arzt sich nicht gern der Gefahr aussetzt, schon nach wenigen Tagen einen Kranken genesen zu sehen, auf dessen Ueberführung in die Anstalt er drängte; es gibt eben einzelne transitorische Psychosen, deren Vorkommen das Abwarten einiger Tage berechtigt erscheinen lassen kann. Dass ein Kranker auf dem Wege ins Irrenhaus gesund wird, ist ein Fehler, den das Publicum dem Arzte nicht vergibt.

Nicht selten begegnet man dem Einwande gegen die Benutzung einer Irrenanstalt, sie trage nur dazu bei, den Rest geistiger Fähigkeiten durch den Verkehr mit anderen Irren zu vernichten. In jeder wohlgeordneteren Anstalt findet aber eine zweckmässige **Scheidung der Kranken** statt, so dass z. B. der frisch Erkrankte nicht mit Verblödeten oder Unreinen zusammentreffen darf. Wenn hier und da die Ueberfüllung der alten Anstalten solche Zusammenbringung nicht völlig vermeiden lässt, so werden durch die ausgedehnte Einführung des Pavillonsystems neuerdings solche Unzuträglichkeiten immer mehr beseitigt.

E. Behandlung der Reconvalescenten.

Die Einzelheiten der Einrichtung einer Irrenanstalt und der Art der Behandlung in ihr sind Sache des Irrenarztes von Fach, und können daher hier nicht weiter ausgeführt werden, wo es sich nur darum handelt, dem praktischen Arzte die Vorzüge der Irrenanstalt im Allgemeinen anzudeuten. Von grösserer Wichtigkeit wird es aber wieder für ihn, zu erfahren, wie er mit Kranken verfahren soll, die aus der Anstalt entlassen sind. Namentlich handelt es sich hier um

solche, die als Reconvalescenten vor erfolgter völliger Genesung in die Familie zurückgekehrt sind. Denn es gibt sehr häufig Fälle, in denen der langsame Gang der Genesung und ein sehr lebhaftes, allerdings noch krankhaftes Heimweh oder das Drängen der Angehörigen zu einer etwas vorzeitigen Entlassung aus der Anstalt gezwungen haben, um nicht die Gefahr einer Verschlechterung oder gar eines unvermutheten Selbstmordes heraufzubeschwören. Bei vorsichtiger Auswahl der Kranken und unter günstigen häuslichen Verhältnissen pflegt sich dann auch die weitere Heilung meistens ungestört zu vollziehen. Wenn aber diese Verhältnisse neue Noth und Sorgen mit sich bringen, so sind baldige Rückfälle unvermeidlich. Da der Anstaltsarzt selten genügend über diese Dinge unterrichtet sein kann, ist es die Aufgabe des Hausarztes, eintretenden Falls darauf aufmerksam zu machen, wenn die Rückkehr in die frühere Lebenslage bedenklichere Uebelstände mit sich führen sollte als ein längerer Aufenthalt in der Anstalt. Jede Ueberanstrengung, also eine zu rasche Uebernahme der früheren Berufslast, ist bedenklich. Daher wird man Wohlbabenderen zweckmässig rathen, zwischen die Genesungszeit und den vollen Eintritt in die früheren Berufspflichten eine Erholungsreise, einen Besuch in befreundeter Familie u. s. w. einzuschieben.

Aber der Arzt möge nicht vergessen, dass die Zeit der eintretenden Genesung eine **psychische Behandlung** verlangt, die sehr wesentlich dazu beitragen kann, die Heilung zu beschleunigen. Etwa zurückgebliebene Wahnvorstellungen können jetzt erschüttert werden durch freundliche Einwände und zuweilen durch leichten Scherz. Mancher hat das Bedürfniss, sich immer und immer wieder vom Arzte die krankhafte Natur seiner Ideen und Gefühle versichern zu lassen; es gilt diesen schwachen Gemüthern den Kampf zu erleichtern. Geduld, liebevolles Eingehen auf die einzelne Persönlichkeit, Nachgiebigkeit ohne Schwäche auf der einen, gleichmässige Festigkeit ohne Starrheit auf der andern Seite geben hier die leitenden Gesichtspunkte für die ärztliche Thätigkeit ab. Die Krankheit wird als ein Unglück, das Jedem begegnen könne, natürlich erklärt, und der zweifelnde Kranke wird Selbstvertrauen und Vertrauen in die Zukunft wiedergewinnen. Der Genesende folgt wie ein schutzsuchendes Kind dem, der ihn versteht; sucht er Aussprache, so muss der Arzt ihn geduldig anhören, ihm durch geeigneten Zuspruch über Missstimmungen hinweghelfen, überhaupt möglichst unbemerkt seine geistige Führung noch eine Zeitlang übernehmen. Die Aufhebung einer Entmündigung wird jetzt .wesentlich beitragen, das Selbstvertrauen des Gene-

senden zu heben, während ein in die Familie zurückkehrender unheilbarer Verrückter entmündigt bleiben soll, überhaupt ausserhalb der Anstalt immer unter Vormundschaft gestellt werden sollte. Dass die Pflege des Körpers nicht vernachlässigt werden darf, ist wohl selbstverständlich; ausser einer zweckmässigen Nahrung wird man durch etwa wünschenswerthe Schlafmittel und gelegentliche laue Bäder zur Beschleunigung der Genesung beizutragen versuchen.

Gleichzeitig ist es die Aufgabe des Arztes, das **Misstrauen** zu beseitigen, welches die **Angehörigen** und das **Publikum** überhaupt einem aus der Anstalt Entlassenen entgegenzubringen pflegen. Es ist ja nicht zu leugnen, dass zahlreiche Rückfälle und neue Erkrankungen dazu bis zu einem gewissen Grade berechtigen, aber die Kenntniss, dass ausgesprochenes und bewiesenes Misstrauen eine der wichtigsten Ursachen zu solchen Erkrankungen ist, muss immer wieder dazu treiben, jede Aeusserung desselben zu unterdrücken; Mitleid als edelste Blüthe des Menschthums trägt hier wie sonst immer die schönsten Früchte.

Gelingt es nicht, das Misstrauen der Umgebung zu beseitigen, so ist es zuweilen rathsam, den Genesenden nicht sofort dorthin zurückkehren zu lassen, wo er erkrankte; auch Verhältnisse umzugestalten, die beitrugen zur Entstehung der Krankheit. Regeln hierüber gibt es nicht, zweifellos aber wird ein sorgsamer Hausarzt mit richtigem Takt hier segensvoll wirken können.

VII.

Geschichte der Psychiatrie.

Von der Geschichte der Psychiatrie im Alterthum kann naturgemäss nur ein kurzer Ueberblick hier für uns Bedeutung haben. Mittelalter und Neuzeit bis in den Anfang unseres Jahrhunderts zeigen uns, wie die Irrenheilkunde als Wissenschaft verloren ging, so dass nur ihre culturgeschichtlichen Beziehungen und die Art der Irrenpflege in den Vordergrund traten; erst in unserem Jahrhundert treten die wissenschaftliche Seite und die Kunst der Behandlung Geisteskranker wieder in ihr Recht, und der Irrenpflege werden neue Bahnen eröffnet.

A. Alterthum.

Der wichtigste Erfolg der **hippokratischen Schule** und ihres Gründers war es, dass mit der Erkenntniss der körperlichen Grundlagen geistiger Störungen der erste Versuch gemacht wurde, ihre Behandlung den Priestern zu entziehen. In **Griechenland** wie in **Aegypten** wurden Kranke in die Tempel aufgenommen, wo man durch Beschwörungen und Zaubermittel den übernatürlichen Einfluss geheimnissvoller Mächte bekämpfte. Ein Schutz gegen äussere Schädlichkeiten wurde den Geisteskranken dadurch freilich zu Theil, ob aber die übrige Behandlung ihnen zum Segen gereichte, bleibt zweifelhaft. Die Seelenstörungen galten, wie schon die Benennung der Melancholie und die sprichwörtlich gewordene Anwendung des Helleborus beweisen, lediglich als Wirkungen von körperlichen Krankheitszuständen, insonderheit von Fehlern der Cardinalsäfte Galle, Schleim etc. Aus diesem Grunde fand sich auch keine scharfe Trennung der psychischen Erkrankungen von denen des Gehirns. Namentlich das Fieber-Delirium wurde in der Regel mit den psychischen Krankheiten zusammen geworfen. Unter dem Namen „Phrenitis“ werden alle mit geistigen Störungen einhergehenden heftigen, besonders fieberhaften Krankheiten bezeichnet, so dass er ungefähr zusammenfällt mit

dem, was die Praktiker im Anfang unseres Jahrhunderts „nervöses Fieber“ nannten. Phrenitis schliesst daher z. B. auch viele Fälle von Typhus ein, ebenso die bei schweren Lungenentzündungen auftretenden Reizzustände des Gehirns.

Die Behandlung der Geisteskranken war im Ganzen eine reizlose und beruhigende; bei den Schwachsinnigen vorzugsweise eine gymnastische. Auffallend ist, dass die erbliche Anlage weder berücksichtigt noch erwähnt wird. Ebenfalls wird der bei Geisteskranken vorkommenden Veränderungen der Schädelform nirgends gedacht, während manche verwickelte und dunkle Krankheitszustände naturgemäss von den Hippokratikern aufgefasst und erklärt wurden. Das Gehirn galt ihnen schon als Sitz und Ausgangspunkt der meisten geistigen Störungen, wenn auch die Ursachen mehr in Erregungen durch Galle, Schleim und Wasser gesucht wurden.

Die Vermischung von eigentlichen Gehirnkrankheiten, fieberhaften Allgemeinleiden und Psychosen, wie die Sammelbezeichnung Phrenitis sie zeigt, hindert auch eine genaue Unterscheidung der Formen geistiger Störung; die Bezeichnungen Melancholie und Manie z. B. sind meistens nur solche für Irresein im Allgemeinen. Im Einklange damit ist auch die Behandlung eine ziemlich gleichmässige und allgemeine. Kalte und warme Uebergiessungen, Ruhe, zweckmässige Diät, und bei Schwachsinnigen wie schon erwähnt gymnastische Uebungen, waren ihre wichtigsten Bestandtheile.

Mit solchen Ansichten stimmten auch die herrschenden Meinungen in Laienkreisen überein. Wie richtig und im Einzelnen sich vertiefend die Ansichten und Forschungen der hippokratischen Schule waren, geht aus der Thatsache hervor, dass die Behauptung des Erasistratus, der Umfang der Oberfläche des Gehirns bilde einen Massstab für die geistige Befähigung, im Alterthum viel verhandelt wurde; ihr gegenüber wurde die Wichtigkeit des inneren Baues hervorgehoben.

Das **römische Gesetz** der zwölf Tafeln legte schon früh den Grund zu der Anschauung, der alle späteren rechtlichen Bestimmungen nachgingen, dass ein insanus unter Umständen die Verwaltung seiner Angelegenheiten haben dürfe, dagegen ein furiosus der Bevormundung bedürfe. Die Entscheidung über die Feststellung civil- und criminalrechtlicher Zurechnungsfähigkeit lag aber lediglich in der Hand des Richters. Von einer Zuziehung Sachverständiger im heutigen Sinne ist Anfangs nirgends die Rede, doch scheint sie mit der Zeit zuweilen geschehen zu sein.

In einen gewissen Gegensatz zu den Lehren der hippokratischen Schule trat **Asklepiades aus Bithynien** (geb. 124 v. Chr.). Seine

Therapie gewann dadurch einen hohen Standpunkt, dass er neben Zwangsmitteln der psychischen Behandlung ihr Recht gewährte, namentlich benutzte er die Musik zur Beruhigung. Grossen Werth legte er auf Bäder und kalte Abreibungen; wenig geneigt dagegen war er dem von allen Uebrigen empfohlenen Aderlasse und dem Aufenthalte der Geisteskranken im Dunkeln.

In den Schriften des **Celsus** (um Christi Geburt), der nur ein ärztlicher Dilettant und kein Arzt war, aber über alle medicinischen Dinge ausgezeichnet unterrichtet ist, finden sich bedeutende Sätze.

Mit Entschiedenheit fordert er, dass die Behandlung der Geisteskranken der Eigenthümlichkeit jedes einzelnen Falles angepasst werde. Seine Darstellung der psychischen Behandlung enthält viel Vortreffliches neben einzelnen die Zeit, in der er lebte, kennzeichnenden Verkehrtheiten. Grundlose Furcht soll durch freundliches Zureden, allenfalls durch liebevollen Betrug beseitigt werden; Rasende sind zuweilen nur durch Schläge zu bändigen. Ausbrüche der Narrheit werden durch Scheltworte und Drohungen unterdrückt; Trübsinn weicht oft den Klängen der Musik. Als Regel gilt es, den Kranken nicht etwa durch Widerspruch zu erbittern, sondern durch freundliches Eingehen auf seine Vorstellungen und allmähliche Belehrung die Wahngebilde zu zerstreuen. Für gebildete Kranke empfiehlt er das Vorlesen.

Als wichtigste Aufgabe sieht er es an, den Kranken die unentbehrlichste Wohlthat zu verschaffen, den Schlaf. Tränke von Mohn und Bilsenkraut waren dafür besonders wirksam. Zur Befestigung der Genesung dienten sorgfältige Diät, Wechsel des Wohnorts und jährliche Reisen.

Soranus aus Ephesus, der als Arzt unter Trajan und Hadrian in Rom lebte — sein Werk wurde 300 Jahre später durch **Caelius Aurelianus** lateinisch bearbeitet und dadurch weit verbreitet — trat entschieden gegen Zwangsmittel auf, denen damals viele Aerzte huldigten; den Gebrauch der Peitsche, absichtliche Berauschung der Kranken verwarf er unbedingt, dagegen sprach er allgemeinen und örtlichen Blutentziehungen das Wort. Den grössten Werth legte er auf die psychische Behandlung, vor Allem auf die Isolirung des Kranken unter Aufsicht verständiger Wärter, die Einrichtung des Lagers, die Einwirkung des Lichtes, die Vermeidung jeder Erregung.

Während Soranus vorzugsweise die Behandlung der Seelenstörungen im Auge hatte, erfuhr die wissenschaftliche Seite der Psychiatrie manche bedeutende Fortschritte durch **Aretaeus aus**

Cappadocien, der bald nach jenem gelebt hat. Er erkannte die gekreuzte Thätigkeit der Nervencentren. Von ihm rührt die begrenzte Anwendung des Wortes Melancholie auf die Zustände, die auch heutzutage noch so bezeichnet werden; er sah sie als die Grundform an, aus der alle anderen Formen sich entwickeln. Er gab ausgezeichnete Schilderungen von ihnen und berücksichtigte namentlich auch die ursächlichen Verhältnisse, darunter die sociale Stellung und die geistige Beschäftigung, sowie ihr Uebermaass.

Bei der Behandlung legte er das Hauptgewicht auf Arzneien. Zur Nachcur dienten Thermen, Meer- und Sandbäder, Seereisen, Aufenthalt in schönen Gegenden.

Wenn wir nun noch erwähnen, dass **Galenus** (131—201) den Unterschied von ursprünglichen Gehirnleiden und solchen, die durch Erkrankung anderer Organe entstehen, durchführte, auch die Phrenitis schärfer von chronischen, mit Depression oder Exaltation verlaufenden Störungen zu trennen versuchte, so haben wir die wichtigsten Stufen berührt, die das Alterthum in der Entwickelung der Psychiatrie durchschritt. Namentlich die Behandlung erfuhr seitdem keine wesentliche Bereicherung mehr. So glänzend die Leistungen des Alterthums sich nun auch darstellen, um so auffallender ist der Mangel des wichtigsten aller Heilmittel, der Unterbringung der Geisteskranken in besonderen Heilanstalten. Denn die Jatreien, Geschäftsläden römischer Aerzte, und ihre Erweiterung zu Valetudinarien auf Kosten der Städte, dienten jenem Zweck nur ganz ausnahmsweise. Das in sehr frühe Zeit hinaufreichende Gesetz, dass Wahnsinnige von ihren Angehörigen gehütet werden sollen, hat nur die Bedeutung einer polizeilichen Maassregel, und hier ist die Grenze des so frühen vielversprechenden Aufschwungs der Psychiatrie, die erst in der neuesten Zeit überschritten ist.

B. Mittelalter und Neuzeit.

Um nicht zu sehr in Einzelheiten einzugehen, die dem Zweck dieser Skizze fern liegen, kann hier nur an die traurige Thatsache erinnert werden, dass der Verfall der Medicin in der langen Zeit des **Mittelalters** auch die Errungenschaften des Alterthums in der Psychiatrie vergessen liess. Die Träger der Wissenschaft, die **Araber**, nützten der Behandlung der Kranken Nichts. Immer mehr schwand die Kenntniss der körperlichen Grundlagen geistiger Störungen, und es drängte sich die uralte. durchweg in dogmatischen Anschauungen

wurzelnde Idee des Besessenseins in den Vordergrund, und geriethen zum Schaden der Kranken alle Heilungsversuche immer mehr in die Hände der Geistlichkeit. Die praktische Medicin fristete in den Klöstern ein kümmerliches Dasein, von wissenschaftlicher Bearbeitung war nicht mehr die Rede. Aberglaube und religiöse Engherzigkeit stritten sich um die führende Stellung in der Behandlung Geisteskranker. Ueberall witterte man den Teufel, und nun galt es bald als ein höchst christliches Werk, diesen durch Beschwörungen und Gebete zu bekämpfen.

Freilich wurde der Zweck oft genug nicht erreicht, und hatte die öffentliche Sicherheit oft zu leiden durch gewaltthätige und tobsüchtige Kranke. Da half man sich so einfach wie möglich, indem man die Kranken, die lästig waren, über die Grenze brachte; aus zahlreichen **deutschen Städten** des Mittelalters liegen über dies Verfahren Berichte vor. Vielleicht wurden Kranke zuweilen auch in ihre Heimath zurückgebracht. In vielen Städten wurden im Ausgang des Mittelalters den Kranken Vormünder bestellt, die für ihre sichere Unterbringung zu sorgen hatten; oder die Angehörigen wurden dazu von den Behörden verpflichtet. Erst wenn jene es nicht thaten, trat die Behörde ein, aber die Kosten fielen den Angehörigen zu.

Lange galt es als eine besondere Vergünstigung, die Kranken in Thürmen der Stadtmauern unterbringen zu dürfen; oder sie verkamen in Löchern und Gefängnissen unter den Rathhäusern in Schmutz und Elend. Die allmählich wachsende Zahl der Geisteskranken führte einmal gegen Ende des Mittelalters dazu, in Nürnberg ein eigenes Gebäude ausdrücklich nur zu ihrer Unterbringung einzurichten, das aber keine weitere Verbesserung erfuhr und ganz verscholl. An anderen Orten finden wir höchstens in Spitälern einzelne Räume so eingerichtet, dass unruhige Kranke dort im Nothfall an Ketten aufbewahrt werden konnten. Ruhige erhielten auch wohl hier und da Pfründnerstellen. Dabei wurden, wie gesagt, die Ausführung nothwendig werdender Einschliessung und die Kosten den Angehörigen so lange wie möglich zugeschoben, so dass die Stadtbehörde erst dann die Gefangenhaltung besorgte, wenn den Privaten dazu die Mittel fehlten, nur ganz einzeln bei einer tobsüchtigen Erregung, für die eine Privathaft nicht ausgereicht haben würde, scheint der Betreffende von Stadt wegen und auf städtische Kosten eingesperrt gehalten worden zu sein trotz eigenen Vermögens seiner Familie. Also Unschädlichmachung war der Zweck des ganzen Verfahrens, neben möglichster Schonung des öffentlichen

Säckels. Wo die Verhältnisse es gestatteten, musste die Familie ihre irrsinnigen Angehörigen bei sich gefangen halten. Dies war nicht so schwierig, als man wohl denken möchte, da fast jedes Zimmer dazu geeignet war und man eines Gefangenwärters nicht bedurfte; denn es gab transportable Gefängnisse, die sogenannten Stocke, die man in jedem Zimmer aufschlagen konnte. Ausserdem hatten hier und da einige Bürger in ihren Häusern Zimmer mit solchen Stocken eingerichtet, welche vermiethet wurden, bei deren Gebrauch man freilich einen besonderen Wärter halten musste. Auch in Frankfurt am Main wurde die Verpflegung und Bewachung von Geisteskranken durch deren Angehörige als selbstverständlich angesehen; aber weder die Einsperrung durch die Familie, noch auch namentlich das Anlegen von Fesseln durfte ohne eine besonders einzuholende Erlaubniss stattfinden. Die Angehörigen wurden auch beaufsichtigt in Betreff der Art der Aufbewahrung. Wenn der Rath kein Gefängniss frei hatte, so gab er einer armen, darum nachsuchenden Familie auch wohl Geld aus dem Almosenkasten, um eins zu leihen.

Also erst im 15. Jahrhundert begann man in Spitälern bebesondere Räume als Gefängnisse einzurichten für „ungehorsame Kranke" und für Geisteskranke; ganz einzeln nur verwandte man dafür besondere Gebäude und vermiethete in diesen Plätze an Private. Im nördlichen Deutschland findet man im Ausgang des Mittelalters fast nur Einzelbehälter in Kellern oder sogenannten Thorenkisten, Bretterverschlägen, die allein standen, mit Ziegeln bedeckt und mit Eisenwerk versehen waren; trotzdem brachen Kranke zuweilen aus ihnen aus. Wie es in diesen trostlosen Behältern mit Reinlichkeit und Erwärmung gestanden haben mag, kann man sich denken. Von diesen Einrichtungen rührt wohl die noch heutzutage im Norden Deutschlands gebräuchliche Redensart her, „das ist ein Stück aus der Tollkiste," wenn man etwas sehr Wunderliches bezeichnen will. In diesen Räumen waren noch häufig Fussblöcke zum Anschmieden mit Ketten oder sonstiger Art der Befestigung.

Ueberall aber drängt sich der Gedanke an ein Besessensein der Irren von bösen Geistern vor; nur ihre Austreibung war das Ziel einer etwa versuchten Behandlung. Deshalb liess der Rath in Frankfurt z. B. einen geisteskrank gewordenen Patricier zu seiner Heilung in ein auswärtiges Kloster bringen oder einmal einen Priester von dort kommen, um die Besessenheit zunächst von ihm feststellen zu lassen. In Basel und vielen andern Orten liess man Tobsüchtige vom Scharfrichter auspeitschen, um die bösen Geister zu vertreiben. Dies rohe Verfahren, das oft berichtet wird, ist um so auffallender

in jenem Zeitalter, welches zur Milderung der Noth und des Elends so viele Stiftungen gemacht hat; die geistige Störung, die den Menschen hülflos und vorzugsweise des Schutzes Anderer bedürftig macht, ward in dieser Richtung nicht nur übersehen, sondern die Ausbrüche der bösen Geister wurden ohne Rücksicht auf das unglückliche, vermeintlich von ihnen besessene Geschöpf in rohester Weise bekämpft. Ausserdem wurde der Einfluss der Geistlichkeit immer überwiegender und auch in nicht aufgeregten Zuständen benützt, wobei die Erscheinungen der Krankheit oft genug als Sünde angesehen und demgemäss behandelt wurden. Beichten, strenge Fasten, Wallfahrten, freiwilliges Geisseln und Martern sind verschiedene Ausdrucksformen dafür geworden. Die Zahl der Besessenen nahm zu, und Laienärzte, die ein besseres Verständniss hätten gewinnen können, gab es überhaupt damals erst in geringer Zahl. Jene kirchliche Auffassung war auch die Ursache, dass dem Mittelalter eine eigentliche Unzurechnungsfähigkeit des Verbrechers im Wahnsinn fernblieb, denn dieser galt vielfach als durch eigenes Verschulden herbeigeführt. Wenn sich einzelne Fälle finden, die eine richtigere Auffassung andeuten, so treffen sie zeitlich zusammen mit dem Uebergang der Armen- und Krankenpflege von der geistlichen auf die weltliche Verwaltung, die sich in den deutschen Städten seit dem 13. Jahrhundert langsam vollzog.

Wenn aber religiöser Fanatismus die Massen ergriff, riss er zahlreiche Geisteskranke mit sich fort, die dann einem traurigen Ende gewiss rasch entgegengingen. So werden unter den Geisslern und bei den sogenannten psychischen Epidemieen manche Geisteskranke gewesen und zu Grunde gegangen sein.

In andern Ländern Europas lagen die Verhältnisse im Ganzen ähnlich; nur in **Spanien** und **Italien** waren in den letzten Jahrhunderten des Mittelalters schon einigermassen geordnete Irrenanstalten zu finden, die auch längere Zeit bestehen blieben; besonders in Spanien war die Behandlung in ihnen eine humane.

Aus dem Dämonenwesen entwickelte sich aber um diese Zeit **das Hexenwesen**; gerade in Deutschland gewann es eine schreckenerregende Ausdehnung. Wenn auch andere Gründe, nämlich die Veränderung des processualischen Beweisverfahrens und die Anwendung der Tortur in den Hexenprocessen dazu in wesentlichem Grade beitrugen, so war es doch namentlich der herrschende Teufels- und Dämonenglaube, der zusammen mit der Inquisition die christliche Hierarchie zu jener entsetzlichen Behandlung Besessener führte, der zahlreiche Geisteskranke zum Opfer fielen. Die Macht der

dämonologischen Ansichten war eine so gewaltige, dass selbst so bedeutende und selbstständige Männer, wie Paracelsus und Plater, ihnen nur schwankende ärztliche Meinungen entgegenzusetzen wagten, trotzdem letzterer durch gründliche anatomische Kenntnisse dem richtigen Verständniss geistiger Störungen schon näher rückte als Paracelsus, der die Anatomie verachtete. Dieser erklärte freilich auch, dass es nicht auf die Beschwörung der Teufel ankomme, sondern er suchte die Heilung der Unsinnigen durch äusserliche Hautreize, Abführmittel und Aderlässe zu erreichen. Schlaf hielt er für ein wichtiges Erforderniss zur Heilung, auch gab er Vorschriften zu einer Art psychischer Behandlung, die sich freilich heutzutage keiner besonderen Anerkennung mehr erfreut. Er räth in seiner derben Sprache, den Kranken von seinem thierischen Verstand abzuführen, ihn zu unterrichten; wenn er neben seinem unsinnigen Wege noch einen vernünftigen habe, diesen fürzunehmen und ihm vorzuhalten, mit dieser seiner übrig bleibenden Vernunft ihm das Hirn zu spalten, und ihm das seiner Unsinnigkeit Gemässe zu sagen. Wenn das Alles aber nicht hilft, dann wirf ihn in die äusserste Finsterniss, damit er durch die Kraft seiner Viehgeister nicht die ganze Stadt, sein Haus, sein Land mit verführ.“ Dann sind auch für ihn Beten, Fasten und Beschwörungen die einzigen Mittel.

Plater suchte die Behandlung der Besessenen abzuschieben, wobei die Grenze zwischen dämonischen und natürlichen Geisteskranken aber unklar bleibt; für letztere gab er im Ganzen humane Vorschriften der Behandlungsweise. Gemüthsbewegung soll zuerst durch Tröstung, Ermahnung und Ueberredung behandelt werden, dann aber kommen Drohungen und Schläge. Die Nothwendigkeit von Zwangsmassregeln bei Tobsüchtigen erkennt er mehrfach an, räth aber doch, die Fesseln zuweilen vorsichtig zu lockern.

Selbst Weyer, der bedeutendste Bekämpfer des Hexenwahns, leugnete die Wirklichkeit der Gaukeleien des Satans nicht und wagte es nicht, sie auf die geistige Erkrankung der Menschen zu schieben; er bemühte sich nur, die Annahme der Zauberei auf seltene Fälle zu beschränken. Für die zahlreichen, von ihm als krank erkannten Personen aber gab er sehr beherzigenswerthe humane Behandlungsvorschriften.

Aber die Aufklärung brach sich erst langsam weitere Bahnen. Katholicismus und Protestantismus haben durch ihre Pflege des Dämonenwesens die Behandlung und richtige Erkenntniss der Geisteskrankheiten bis in die neueste Zeit erschwert. Luthers Schriften beweisen wie fest in ihm der Teufelsglaube und die Vor-

stellung des Besessenseins wurzelten; bei seinem gewaltigen Einfluss ward daher auch überall im protestantischen Norden die richtigere Anschauung noch lange zurückgedrängt. So sehen wir, wie von den ältesten Zeiten an, der vorzugsweise von der Geistlichkeit genährte Aberglaube einer gedeihlichen Entwicklung der Irrenbehandlung und Pflege das grösste Hinderniss in den Weg legte.

Zum Glück sind die neuesten Versuche zur Wiederbelebung des Hexenglaubens nur Theorien geblieben, und stehen ihnen keine Folterwerkzeuge zur Verfügung. Gelänge es, solche Anschauungen zur Geltung zu bringen, so ist es leider nur zu wahrscheinlich, dass überall, namentlich auf dem Lande, Hexenmeister und Zauberer in grosser Zahl auftreten und ihre Opfer unter den unglücklichen Geisteskranken rasch suchen und finden würden. Denn die Vorstellung, dass den Kranken Gedanken „gemacht" werden, dass man einem Andern Neigungen und Leidenschaften einflössen könne durch Zauberei und Aehnliches, sind im Volke noch jetzt weitverbreitete Meinungen. Wenn es nun auch zur Zeit keine Besessenen mehr in den Augen der Aerzte gibt, so ist es doch unsere Aufgabe, jene Ansichten überall zu bekämpfen, um es zu hindern, dass sie durch dogmatische Wiederbelebung wieder Ansehen und Geltung gewinnen. Dies gilt nicht allein für Deutschland, sondern die Geschichte zeigt, dass überall in Europa, ja ebenso im neuen Welttheil gleiche Anschauungen immer wieder von Neuem auftauchen und zuweilen ihre Opfer auch unter den Irren fanden.

Bis tief in **die Neuzeit** hinein also wurden die Geisteskranken als Zauberer und Hexen verfolgt und verbrannt. Die erste Zeit nach der Reformation hat daher das Loos der Geisteskranken im Vergleich mit dem Mittelalter im Ganzen nur verschlechtert; auch sonst begegnen wir anstatt Verbesserungen nur neuen Unzuträglichkeiten in der Behandlung und Pflege der **langsam an Zahl wachsenden** Kranken. Die Lästigen und Störenden brachte man zuerst einfach über die Grenze, später richtete man neben einzelnen Räumen in den Hospitälern Gefängnisse und alte verlassene Aussatz-Häuser dazu ein. Es blieb noch lange Zeit der einzige Zweck, sich der Kranken zu entledigen, wenigstens verstanden die Aerzte es nicht, eine genügende Art der Behandlung einzuführen; es finden sich hier und da Kurpfuscher, die umherreisten und sich anheischig machten, närrischen Leuten wieder zur Vernunft zu verhelfen. Die Schwindeleien wurden aber auch rasch entdeckt, und entzog die Obrigkeit die ertheilte Erlaubniss zur Ausübung des Gewerbes oder verwies solche Leute sogar aus den Mauern der Stadt.

Immer gebräuchlicher wurde es im 16. Jahrhundert in Deutschland Geisteskranke öffentlich zu verspotten und zu verhöhnen; diese Unsitte hat sich stellenweise bis in den Anfang unseres Jahrhunderts hinein erhalten. An vielen Orten gab es Narreteien, Narrenhäuser oder dergleichen Menschenkäfige, aus eisernen oder hölzernen Gittern gebildet, oder wenigstens vorne damit versehen. Sie wurden auf einem öffentlichen Platze errichtet, und sperrte man Nachtschwärmer, Ruhestörer, Gotteslästerer, Betrüger, aber auch Geisteskranke darin ein und gab sie dem Spotte des Pöbels Preis. In grossen Städten wurde im 17. und 18. Jahrhundert, wo die Kranken in einzelnen Gebäuden untergebracht waren, eine solche Unsinnigen-Anstalt jedem Neugierigen zur Besichtigung offengestellt, und wurde sie vom Publicum als eine Merkwürdigkeit, gleichsam als eine Sammlung wilder Thiere betrachtet, die zur Ergötzlichkeit besehen, und selbst Fremden gezeigt zu werden verdiente; den umherwandernden Zuschauern wurde Bier verzapft; es war z. B. in Lübeck bis 1803 Volkssitte, in den ersten drei Fastnachtstagen zur Belustigung das Unsinnigenhaus zu besehen; Soldaten mussten den Unordnungen der grossen Volksmenge wehren. In Berlin ergötzten sich die Einwohner Sonntags an den Sprüngen und dem Geheule der, natürlich geneckten, Tollen. Wenn wir ehrlich sind, ist auch heutzutage das grössere Publicum noch beherrscht von einem solchen Kitzel, der durch den Beigeschmack des Schauerlichen und Romanhaften, — welcher, durch neuere Schriftsteller genährt, dem ganzen Irrenwesen noch von Altersher anhängt, — einen um so grösseren Reiz hat. Je mehr die Anstalten jetzt offene und dem Laien bekannt werden, um so mehr wird jene Neigung schwinden; denn eine Verspottung wird ja nicht mehr erlaubt, und damit ist der hauptsächlichste Anlass zu einem lächerlichen Gebahren der Kranken geschwunden.

Die trostlose Lage der in **Gefängnissen** eingeschlossenen Irren geht aus mehreren Schilderungen hervor, die über ihre Einrichtung bekannt geworden sind. Jahrelang, fast vergessen, in Gesellschaft von Ratten und Mäusen lagen sie in Räumen, die wie Burgverliesse sowohl der Fensteröffnung als der Thür entbehrten, und dafür nur ein an der Decke angebrachtes Loch hatten. Durch dieses wurde sowohl der Unglückliche selbst, als auch Speise und Trank für ihn an einem Seile hinuntergelassen. Füsse und Hände waren oft noch durch eine schwere, zum Aufheben eingerichtete, mit Einschnitten versehene eichene Diele festgehalten, oder mit Ketten an der Wand ohne Schloss festgeschmiedet. Handschuhe mit eisernen Ringen sollten Selbstmord verhindern; andererseits warf man durch Selbstmord ge-

endete Geisteskranke ins Wasser und gestattete ihnen überhaupt meistens kein ehrliches Begräbniss.

In gewisser Weise ein Fortschritt und eine Verbesserung der Lage der Irren wurde es daher, dass man sie in die **Zuchthäuser** aufnahm, deren Entstehung ins 17. und 18. Jahrhundert fällt. Denn die Vernachlässigung in den dunkeln Gefängnisslöchern, wo die Kranken im eigenen Unrath verkamen, keine Erwärmung im Winter möglich war, wurde bei der gemeinsamen Verpflegung in den grösseren Räumen der Zuchthäuser wenigstens für die ruhigeren Kranken beseitigt, und der Aufenthalt in ihnen daher für sie eine Wohlthat. Ein Gefühl der Pflicht, für die Irren sorgen zu müssen, war noch nicht durchgedrungen; die Heilung der Erkrankten wurde nur von Einzelnen erwartet und gefordert. Es fehlte auch überall an Geld, leise geäusserte Wünsche in dieser Hinsicht zu befriedigen.

Man wird sich desshalb auch nicht so sehr wundern, dass einzelne Aerzte in Anbetracht solcher Verhältnisse und im Vergleich mit den früheren Zuständen den Aufenthalt der Geisteskranken in Zuchthäusern sogar warm empfahlen. Eine wichtige Folge des Zusammenseins der Geisteskranken mit den Züchtlingen war ihre Behandlung durch die letzteren; sie mussten die Kranken anziehen, reinigen, ihnen Essen und Trinken geben. Da diese Züchtlinge ausgewählt wurden, so ist es ja denkbar, dass die Behandlung eine erträgliche war, obwohl ja auch sicher Rohheiten vorgekommen sein werden. Jedenfalls konnten die Kranken unter solcher Aufsicht freier umhergehen, und wurden manche Zwangsmassregeln dadurch unnöthig, vorausgesetzt, dass humane Grundsätze von den Vorständen der Zuchthäuser nicht nur vorgeschrieben, sondern auch beaufsichtigt und durchgeführt wurden. Leider aber scheinen solche Verhältnisse meistens nur Ausnahmen gewesen zu sein, und wurden die Irren in der Regel vernachlässigt. Die Gefangenen neckten und verspotteten sie, oder man sperrte sie wie früher in trostlose Räume ein. Solche Kojen lagen in Reihen neben einander; es waren oft eigentlich nur Bretterverschläge in grösseren Räumen; diese wurden zuweilen geheizt und erhielten die Kojen dadurch etwas Wärme und spärliche Beleuchtung. In den Thüren waren eiserne Gitter mit Klappen, auf denen kupferne Kellen, an Ketten befestigt, zur Darreichung der Nahrung dienten. Selten gewechseltes Stroh war das unreinliche Lager. Trunksucht der Zuchthausaufseher war ein leider nur zu sehr verbreitetes Laster. Dass unter solchen Umständen von vielen Aerzten Zwangsstühle, in denen Kranke gefesselt sassen, als ein mildes Mittel angesehen wurden zur Bewahrung vor rohen Schlägen und schlimmeren Beschränkungsmitteln, ist erklärlich.

Hier und da wurde es während der ersten Jahrhunderte der Neuzeit in deutschen Städten Sitte, dass in Testamenten Legate für „die unsinnigen Armen“ ausgesetzt wurden; in Lübeck verordnete der Rath, dass dies regelmässig geschehen müsse, auch sammelte man in den Kirchen zu demselben Zwecke. Diese Art der Wohlthätigkeit war allerdings noch keine öffentliche Fürsorge, da die zu gebende Summe der Willkür des Einzelnen überlassen blieb, kann aber doch als Uebergang dazu angesehen werden. In Berlin wurde 1702 eine „besondere Ordnung für irre und tolle Leute“ erlassen, die unter Anderm bestimmte, dass Unvermögende umsonst zu verpflegen seien. Aber auch hier dauerte es wie anderswo noch lange, bis der Grundsatz der Heilung vorangestellt wurde; dies geschah am Eindringlichsten durch Langermann im Anfang unseres Jahrhunderts. Indessen auch dann war die Behandlung noch längere Zeit eine harte und namentlich mit Zwangsmitteln zum Zweck der Heilung in bester Absicht vermischt. Neben Ekelkuren und gehäuften Abführmitteln, kalten Uebergiessungen mit hunderten von Eimern Wasser, spielten Drehmaschinen z. B. eine grosse Rolle. Durch Drehstühle wurden die Kranken 100 Male in einer Minute um ihre Achse gedreht, wobei oft Erbrechen eintrat. Die eintretende Erschöpfung verwechselte man mit Beruhigung und glaubte in solchen Torturen indirecte psychische Heilmittel zu besitzen. Indem man Kranke in einen geschlossenen Sack steckte, glaubte man ebenfalls sie heilen zu können. Durch besondere Vorrichtungen nöthigte man einen Unruhigen tagelang fortgesetzt aufrecht zu stehen mit ausgestreckten Armen, und pries die Erfolge. Es ist kaum glaublich, wie erfinderisch Aerzte waren, immer neue Zwangsmittel als Heilmittel einzuführen, und dann auch als solche in ihren Wirkungen zu erkennen glaubten.

Es ist dann in allen Ländern allmählich ein immer heftiger werdender Kampf eingetreten gegen die Ansicht von der heilenden Einwirkung des Zwanges auf Psychosen; dieses Mittel drohte verderblicher zu werden, als seine frühere Anwendung, die nur den Zweck der Beschränkung und Unschädlichmachung hatte, denn die wachsende Zahl Geisteskranker und die immer mächtiger werdende Ansicht über ihre Heilbarkeit, erhöhten den Eifer der Aerzte; als die Zahl berufsmässiger Irrenärzte im Wachsen war und der damalige Mangel an Erfahrung viele veranlasste, theoretische Ansichten auszuklügeln, deren Ausübung den bis dahin gebräuchlichen Zwangsmitteln begegnete, bedurfte es doch noch längerer Zeit, um klarzustellen, wie viel mehr Schaden als Nutzen sie brachten. Gerade die anscheinend

wissenschaftliche Begründung der Anwendung des Zwanges hat ihm noch lange so grossen Vorschub geleistet, trotz gleichzeitig überall hervortretender humaner Anschauungen. Nicht nur die Dämonenlehre, die Furcht der Massen vor den aufgeregten Kranken, sondern auch die **ärztliche Theorie** half zuletzt noch die Anwendung des Zwangs zu vertheidigen.

C. Allmähliche Reformation der Psychiatrie seit ungefähr 100 Jahren.

1. Errichtung von Irrenanstalten.

Doch es wäre Unrecht zu übersehen, dass neben diesen Mängeln in der Behandlung und Erkenntniss geistiger Störungen in vielen Ländern hervorragende Werke über Psychiatrie und grosse Verbesserungen in der Behandlung und Pflege der Irren erschienen. Wir können den wissenschaftlichen Leistungen hier nicht weiter nachgehen; sie schlossen sich vielfach eng an die philosophischen Anschauungen und sind daher auch nur durch deren Kenntniss verständlich. Ihren äusseren Ausdruck aber fanden sie vielfach doch auch in den äussern Einrichtungen, besonders **Irrenanstalten**, und zwar finden sich diese verhältnissmässig am Spätesten in **Deutschland**. Schon 1645 wurde z. B. in Florenz ein besonderes Asyl für Irre gegründet; im Anfang unseres Jahrhunderts wurden durch Chiarugi in **Italien** die humansten Grundsätze in der Behandlung durchgeführt und von ihm auch psychiatrischer Unterricht gegeben. 1681 erhielt Avignon die erste selbstständige Irrenanstalt in **Frankreich**. 1728 wurde in Warschau eine Irrenanstalt eröffnet, 1741 eine solche zu Springfield in **England**. Erst jetzt folgen in Würzburg und Braunschweig Einrichtungen, die als Anfänge selbstständiger Irrenanstalten gelten können. Aehnliches geschah 1751 zu Philadelphia in **Nord-Amerika**. In demselben Jahre wurde in St. Luke's Hospital zu London eine Trennung der Heilbaren und Unheilbaren durchgeführt, und pflegt man dies die erste Heilanstalt für Geisteskranke zu nennen; es wurde dort auch bald psychiatrischer Unterricht ertheilt. Schon seit 1718 bestand daselbst eine Irrenanstalt. In deutschen Ländern blieben die Fortschritte dann aber noch sehr langsame; 1764 wurde bei Bremen in Rockwinkel eine Privat- Heil- und Pflegeanstalt gegründet; 1772 in Salzburg eine Irrenanstalt gestiftet, 1780 in Neuss. Schon einige Zeit vorher begegnen wir in Kopenhagen und den Hauptstädten der **nordischen**

Reiche entsprechenden Vorgängen. Während dann schon bald in England allgemeine Gesetze und Verordnungen zur Beaufsichtigung der Irrenanstalten gegeben wurden, folgen die anderen Culturländer in beschränkter Weise, so Frankreich und Oesterreich, wo Joseph II. sich darum verdient machte und auch 1784 die erste öffentliche, selbstständige Irrenanstalt in Wien gründete, deren Narrenthum eine noch bis in die Neuzeit berüchtigte Merkwürdigkeit geblieben ist. Auch in Berlin wurden schon 1773 Circularverfügungen über die Aufnahmebedingungen Geisteskranker ins Irrenhaus erlassen, 1794 in Brandenburg Listen über die gemeingefährlichen Irren geführt.

Ein Beispiel, wie weit voraus einzelne Männer in ihren Wünschen den Zeitgenossen eilten, ist die Forderung Glawnigs in Brieg, der 1804 ein Irrenhaus auf plattem Lande zu ländlichen Arbeiten verlangte; um diese Zeit wollte Reil in Berlin und Halle Lehrstühle der Psychiatrie gegründet wissen. Langermann führte damals in Bayreuth umfassende Beschäftigung für die Geisteskranken ein und wandte mechanische Beschränkung nur noch ausnahmsweise an, später übte er einen maassgebenden Einfluss auf das preussische Irrenwesen aus als Chef des Medicinalwesens in Berlin, und trug zur Gründung der ersten Heilanstalten in Siegburg (1825) und Leubus (1830) bei. Schon vorher waren der Sonnenstein in Sachsen, die Schleswiger Anstalt gegründet, Heidelberg, Prag, Hildesheim und viele andere folgten bald.

2. Bekämpfung mechanischen Zwanges.

In Frankreich bekämpfte zuerst Daquin in seinen Schriften den mechanischen Zwang, und gilt Pinel als der Erste, der ihn praktisch beseitigte. Wenn auch die oft wiederholte Erzählung, wie er trotz der Einwände des Deputirten Couthon es wagte, 1798 etwa 50 Irren die Ketten abzunehmen, eine Legende ist, so ist es doch sicher, dass er die Irrenbehandlung in Paris in humane Formen leitete, und durch seine Schriften für die Fortschritte der Psychiatrie in Frankreich bahnbrechend wirkte. Trotz seiner Bemühungen stand es noch lange nachher sehr schlecht um die Behandlung der Irren in Frankreich, so dass Esquirol noch 1818 dem Ministerium berichten musste, die unglücklichen Irren würden ärger misshandelt als Sträflinge, und ihre Lage sei schlimmer als die des Viehes. In den Irrenabtheilungen von 33 Städten sah er die Kranken in den feuchtesten und ungesundesten Gebäuden untergebracht. Sie waren mit Lumpen

bedeckt und lagen auf Stroh, um sich gegen die feuchte Kälte des Pflasters zu schützen. Bei grober Kost, roher Behandlung, ohne Luft und Licht, waren sie angekettet in Höhlen, wie Esquirol sagt, in die man sich scheuen würde, jene wilden Thiere einzusperren, die der Luxus der Verwaltungen mit grossen Kosten in den Hauptstädten unterhält. Trotzdem dann 1819 das Ministerium verbot Zellen im Souterrain zu benutzen, Fenster verlangte, es verboten wurde, dass die Wärter von Hunden begleitet würden, scheinen die Zustände sich zunächst wenig gebessert zu haben, und wurde erst 1838 durch das Irrengesetz gründliche Abhülfe gebracht.

Es blieb überall noch viel zu thun übrig, ehe mit dem grausamen Zwang die alte trostlose Zeit für die Irren beseitigt wurde; in Deutschland sandte Hayner 1817 von Waldheim aus eine Streitschrift aus, die grossen Einfluss gewonnen hat. Seine Schilderung über die damals noch bestehenden zahlreichen Missstände ist eine ergreifende Namentlich eifert er gegen das Anschliessen an Ketten, wie dies wenigstens in Amts- und Stadt-Gefängnissen noch allgemein üblich war; aber auch die Anwendung von Zwangsstühlen bekämpft er, die insofern noch schädlicher wie Ketten seien, als sie die Bewegungen noch weit mehr hinderten und mehrfach zu verkrüppelten Gliedmassen führten. Er berichtete, dies Schicksal, an Ketten gelegt, oder auf den Zwangsstuhl geriemt zu werden, treffe in Irrenhäusern, wo man noch in dem alten Schlendrian verharre, doch nur etwa tobende oder sehr gefährliche Seelenkranke, aber in Amts- und Raths-Custodien und in Gemeindehäusern der Dörfer fast alle Irren ohne Unterschied, von denen man nur einigermassen besorge, dass sie sich oder anderen lästig und nachtheilig werden könnten. Auch trat er überall gegen die auch von Aerzten unterstützte Ansicht auf, dass körperliche Züchtigungen bei der Irrencur von Nutzen sein könnten, weil sie stets in Missbrauch ausarteten. Nur das Zwangskamisol hielt er für ein zu Zeiten unentbehrliches Zwangsmittel, aber man dürfe es immer nur eine oder einige Stunden anwenden, und so lange der Kranke damit bekleidet sei, müsse ein Wärter um ihn sein. Mit dieser Forderung werden sich auch leidenschaftliche Gegner des Zwangs einverstanden erklären können; wenn man auch selten zu ihm greift, so ist dies alte Kamisol doch das geeignetste und unbedenklichste mechanische Beschränkungsmittel geblieben.

Zur Entfernung unnöthigen und harten Zwanges wurde in England 1796 durch Tuke eine Anstalt in York errichtet, die als ein Beispiel für die humane Behandlung schon damals Nachahmung fand. Man wagte es damals noch nicht mechanischen Zwang gänzlich

abzuschaffen, und es verging noch ein halbes Jahrhundert, bis es gelang, alle Missstände zu beseitigen, besonders in einigen Privatanstalten hielten sie sich so lange. 1815 fand man in einer öffentlichen Anstalt Kranke mit einem Arm oder Bein oder gar mit beiden zugleich an die Mauer gekettet; die Kette gestattete ihnen nur, bei dem Sitz oder der Bank, die an der Wand fest war, aufrecht zu stehen oder sich darauf zu setzen. Einem Unglücklichen war um den Nacken ein starker Eisenring gelegt, von dem eine kurze Kette zu einem Ringe auslief, der an einer kräftigen, 6 Fuss hohen, senkrecht in der Wand eingefügten Eisenstange aufwärts und abwärts gleiten konnte. Um seinen Körper war ein starkes, ungefähr 2 Zoll breites Eisen befestigt, das an jeder Seite einen kreisrunden Vorsprung hatte, welcher die Arme fest einschloss und dicht an den Rumpf legte. In diesem Apparate konnte der Kranke sich wohl an der Wand aufrichten, sich aber keinen Fuss weit von ihr entfernen, keinen Schritt thun, sich nicht einmal niederlegen, ausser aufs Gesäss. In dieser Sclaverei lebte er 12 Jahre lang, und muss um so schrecklicher gelitten haben, als er nur periodisch erregt, inzwischen aber lange Zeiten besinnlich war. Jeder elende Tag, jede Nacht waren gleich den übrigen. Endlich kam die Erlösung bei einer amtlichen Untersuchung der Anstalt; er überlebte sie aber nur ein Jahr lang.

Dass unter solchen Umständen und im Angesichte solcher Gräuel nun endlich das Verlangen immer lauter wurde, mechanischen Zwang ganz abzuschaffen, ist eine wohlthuende Erscheinung. Das System der Zwangslosigkeit forderte die Einführung anderer, humaner Behandlungsweisen und wurde ein Triumph ihrer Vertreter. Es zeigte sich bald auf das Deutlichste, dass unruhige Kranke früher fast immer durch Zwangsmassregeln aufgeregter gemacht worden waren, denn überall verschwand der frühere Lärm in kurzer Zeit. Der Ruhm dies sogenannte **No-restraint-System** in seiner ganzen Bedeutung erkannt und durch seine Schriften besonders auch in Deutschland eingeführt zu haben, gebührt dem Engländer Conolly. Nothwendig musste überall, wo das alte System verdrängt wurde, der Gegensatz die Erfolge des neuen besonders deutlich machen. Man stelle sich z. B. vor, wie man Zwang bei theilweise gelähmten Kranken ausübte. Man schnallte sie auf riesige Zwangsleibstühle, weil sie sich sonst beschmutzten. Man sah ganze Reihen solcher Stühle mit jenen armen Geschöpfen, in Zimmern mit geneigtem Fussboden und einer Ablaufrinne, schmutziger und unwohnlicher als Viehställe. Auf diesen Stühln sassen die Kranken den ganzen Tag, und des Nachts lagen sie gebunden auf Stroh. Wütheten, klagten oder schrieen sie, so

wurden sie durch Schläge zur Ruhe gebracht. Suchten sie Vorübergehende anzufassen, so hielt man sie für gefährlich, band ihnen die Hände am Rumpfe fest oder legte Handeisen an. Bildeten sich Verletzungen der Haut und Wunden auf Rücken und Gesäss aus, so verfielen sie auf einem nassen Lager bald einem elenden Tode. Denkt man an die liebevolle Sorgfalt, die heutzutage bei einem gelähmten Paralytiker gefordert und auch meistens ausgeübt wird, so sind die Vorzüge des neuen Systems bedeutende. Statt Zwang Bäder, weiche und häufige Umlagerung, warmes und trockenes Lager; die Beschränkung bestand schon zu Conollys Zeit höchstens in der Benutzung von Kleidern aus möglichst unzerreissbarem Stoffe mit schlossartigen Verschlüssen, höchstens daneben im Anziehen fester lederner Fausthandschuhe.

Der grösste Vorzug zwangsloser Behandlung zeigte sich aber bald gegenüber besinnlichen Kranken. Denn ein freundliches Wesen und eine ruhige Sprache erweckten bei ihnen Vertrauen, wo sonst nur Furcht und Misstrauen herrschten. Willig folgten sie den Anordnungen der ihnen freundlich entgegenkommenden Wärter. Es ist daher auch seitdem immer deutlicher geworden wie durchaus nöthig zur Durchführung eines wahrhaft humanen Geistes in der Behandlungsweise der Irren ein gut geschultes und williges Wärterpersonal ist. Das No-restraint-System bedurfte als wichtigster Werkzeuge die Wärter; alle Pläne, Sorgen und persönlichen Bemühungen der Aerzte, die jenes System einführen wollten, waren eitel, wenn sie keine Wärter hatten, die ihren Vorschriften gewissenhaft nachkamen, mochten sie an- oder abwesend sein. Viele Kranke benahmen sich wie ihre Wärter, so gross ist deren Einfluss.

Natürlich waren die Schwierigkeiten bei Einführung des zwanglosen Systems grosse, aber bald fand man überall, dass Lärm und Unordnung rasch abnahmen, Aufregungen schneller verliefen, dass allerdings dazu eine grössere Zahl Wärter nöthig wurde, als früher üblich war. Am Nützlichsten zeigte sich die Entfernung von Zwangsmitteln bei Selbstmordsüchtigen. Ferner wurden Zerstörungen von Fenstern, Bettzeug und Kleider seltener, weil das Wartpersonal sorgfältiger und aufmerksamer wurde; Zwang bedeutete vorher oft soviel wie Vernachlässigung. Als nothwendig erwies sich aber die vorübergehende Isolirung — die besonders bei weiblichen Kranken auch heutzutage noch länger angewandt wird — meistens ohne besondern Widerstand der Kranken, die richtig fühlten, dass das Alleinsein gut für sie sei. Dass die Erbauung sicherer Zellen mit einfachster Einrichtung sich daran schloss, war eine natürliche Folge. Der Vortheil

der Absonderung war ein doppelter, insofern er auch der Umgebung zu gute kam, die von den Kranken vorher belästigt und gestört wurde. Für das alte Verfahren schien zuweilen die Aeusserung einzelner Kranken zu sprechen, die erklärten, sich am Sichersten zu fühlen, wenn ihnen Zwangsmittel angelegt seien; aber eine längere Beobachtung zeigte, dass auch diese Personen jenen Wunsch verloren, nachdem sie die freie Behandlung an sich selbst kennen gelernt hatten; die Uebung des Restes eigener Willenskraft stärkte ihre Fähigkeit der Selbstbeherrschung.

Vor Allem mussten freilich auch die Aerzte selbst lernen Geduld zu üben. Doch empfanden sie, dass Scenen, die beim ersten Anblick voll Verwirrung und Aufregung erschienen, sich meistens in einfache Verhältnisse auflösten, wenn man sie nur wenige Minuten lang mit Ruhe behandelte. Wüthendes Benehmen, drohende Sprache, Schimpfereien hörten bald auf, wenn man ihnen nur nicht mit Gereiztheit und Unwillen entgegentrat. Geduldiges, ruhiges Zureden, Beweise der eigenen Selbstbeherrschung, verfehlten selten ihre Wirkung. Derselbe Geist der Humanität ging auf Wärter und Kranke über, so dass daraus ein freundliches Zusammenleben entstand. So erwarb sich das neue System rasch immer mehr Anhänger, die mit einer Art Begeisterung dafür eintraten und in seiner Ausbreitung eine förmliche Mission erblickten. Es wurde in seinen Einzelheiten ausgebildet und fand in den mannichfachen Arten der Beschäftigung Kranker immer neue Unterstützungsmittel. Jedes Jahr brachte neue Beweise der Anwendbarkeit solcher Grundsätze auf heilbare und unheilbare Fälle, und was am Wirksamsten war, die Zahl der Genesungen vermehrte sich. Schon in den ersten Jahren versuchte Conolly in seiner Anstalt mit Erfolg den Unterricht Kranker zu ihrer Erheiterung und Beruhigung zu benutzen. Er rühmt die Erfolge so sehr, dass man heutzutage wohl mehr Werth darauf legen sollte als durchweg geschieht; nicht allein die Ungebildeten fanden Freude an der Erwerbung neuer Kenntnisse, sondern gerade auch die Erinnerung und Auffrischung früherer Kenntnisse wurde eine Quelle der Freude für Gebildete, und förderte ihre Genesung. Die Beschränkung des Unterrichts auf jugendliche Idioten ist kein Vorzug unserer Zeit.

Eine wichtige Folge der Sorgfalt, die man den Geisteskranken zuwandte, wurde die Erkenntniss, dass sowohl die Aerzte an den Anstalten zahlreicher sein müssten, wie auch die Nothwendigkeit sich immer deutlicher herausstellte, dass der praktische Arzt Gelegenheit haben müsse, während seines Studiums Psychiatrie zu

lernen und sich in der Behandlung Geisteskranker zu üben. In französischen und englischen Anstalten wurden daher schon früh Vorlesungen und Curse abgehalten. Besonders was die Aerzte da lernten in den Zeiten der Abschaffung des mechanischen Zwangs, machte sie fast alle zu Aposteln der neuen Lehre, die sie zunächst in England rasch verbreiteten. Mitleid und Nächstenliebe predigten sie praktisch, das Gesetz des Erbarmens trugen sie in alle die Stätten dunklen Elends und Kummers. Die Abschaffung der Zwangsmittel bewies, dass Kranke zu behandeln seien, und gab dem Arzte die erste Stelle den Irren gegenüber zurück, die seinem Amte gebührt. Wenn heutzutage der Beruf des Irrenarztes auch noch manche Schwierigkeiten und Gefahren mit sich führt, so muss man doch eine ganz andere Achtung vor jenen Männern gewinnen, die nur gehoben von der Kraft der Ueberzeugung es wagten, gegen die Furcht und beschränkte Vorsicht ihrer Umgebung anzukämpfen, Missdeutungen und Verleumdungen ausgesetzt waren und sich unter Tausenden von Kranken trotz alledem unerschrocken bewegten, denen sie die Fesseln kühn gelöst hatten.

Ueberall wo grössere Mengen von Kranken waren, konnte das Abnehmen von Zwangsmitteln natürlich nur allmählich stattfinden, und es blieben auch noch manche Anhänger eines milden Zwangs, bis es in den 50ger Jahren dem neuen System in England gelang, die Herrschaft zu gewinnen, wobei man vielleicht nur zur Durchführung des Princips auch dann von Restraint absah, wo man heutzutage, wie bei Verletzungen und Selbstmordsucht, hier und da wieder ohne Bedenken dazu greift. Die Möglichkeit, ganz ohne jeglichen Zwang auszukommen, ist seitdem vielfach bewiesen, im Ganzen ist die Durchführung des No-Restraint-Systems eine Kostenfrage geworden; die wenigen Ausnahmen, die man heutzutage für die Behandlung empfiehlt, bestätigen nur die Regel; zur Verhütung von Missbrauch ist es aber als Forderung festzuhalten, dass Zwang bei unheilbaren Pfleglingen verwerflich und unerlaubt ist, besonders da, wo eine beständige ärztliche Aufsicht fehlt.

Man muss es gestehen und beklagen, dass, während die vorhin beschriebenen Veränderungen in den englischen Asylen stattfanden, die Irrenbehandlung ohne mechanische Zwangsmittel auf dem Festlande Europas zunächst wenig günstige Aufnahme fand. In den Pariser Asylen galt z. B. die Zwangsjacke noch lange als ein unentbehrliches Hülfsmittel der allgemeinen Behandlung. Die dafür vorgebrachten Gründe erscheinen um so armseliger, wenn man bedenkt, dass sie eigentlich schon durch Männer wie Pinel und Esquirol

mit Wort und That widerlegt waren; man behauptete, Zwang sei nothwendig, um unverzüglich ein wirksames und grosses Ansehen bei den Kranken zu besitzen, um sie zu veranlassen, sich heilsamen Anordnungen zu unterwerfen. Oder es wurde eingeräumt, dass man allerdings durch Milde und Zureden meistens Einfluss erlangen könne, aber es kämen doch immer wieder Fälle vor, in denen der Arzt seine Macht beweisen müsse. Mehr Berechtigung schien in dem Einwand zu liegen, dass mechanischer Zwang ein sichereres Mittel als alle Ueberwachung sei, um den Kranken zu hindern, sich und Andern zu schaden. Doch wurde schon damals mit Recht dagegen bemerkt, dass selbst der weitausgedehnteste Gebrauch der Zwangsmittel ohne beständige Ueberwachung nicht genüge, so dass die sonstigen Schädlichkeiten ihre Bedeutung daneben behalten. Ferner behauptete man bei mildem und vorsichtigem Zwang sei es oft wenigstens möglich, den Kranken sich in freier Luft aufhalten zu lassen, während er ohne ihn beständig im Zimmer eingeschlossen sein müsse; aber gute Einrichtungen fester Spazierhöfe und genügende Aufsicht erlauben den Aufenthalt im Freien bei guter Witterung fast regelmässig. Ueberhaupt zeigte sich, dass der Grundsatz, ohne Zwang zu behandeln, siegreich fast alle Hindernisse überwand, und die humane Absicht es war, die gutgemeinte Widersprüche wie selbstsüchtige Interessen gleichmässig mit Erfolg bekämpfte.

Wenn man auf dem Festlande noch länger zögerte, dieselbe Bahn zu verfolgen, so ist dies wohl nur dadurch zu erklären, dass man sich nicht durch den Augenschein von dem Werth des neuen Systems überzeugte, sondern mit theoretischen Floskeln die alten Missstände verbrämte. In Deutschland sah es daher noch zur selben Zeit fast so aus wie früher; selbst ein so humaner und bedeutender Arzt wie Jacobi lobte die beruhigende Wirkung der Zwangsstühle und Zwangskörbe. Freilich Ketten und Peitschen waren verbannt, aber noch immer zu viel Zwang gebräuchlich, so dass das Loos der Kranken im Vergleich zu dem ihrer Leidensgenossen in England noch lange ein trauriges blieb. In Oesterreich stand es nicht viel besser; in Wien diente noch bis zum Jahre 1869 der berüchtigte Narrenthurm zur Unterbringung von Kranken. Ueberhaupt dauerte noch bis in die Mitte unseres Jahrhunderts die Zusammensteckung von Geisteskranken mit manchen andern, theilweise ekelhaft erscheinenden Kranken. Doch erkannte man die Hülfsbedürftigkeit der Irren immer mehr an, und daraus entwickelte sich weiter als eine Aufgabe der Gesundheitsverwaltung, die Sorge für die Geisteskranken. Auch in Frankreich blieben die humanen Forderungen noch lange

ohne Erfüllung, wie wir oben sahen. Entsetzliche Misshandlungen erduldeten damals auch viele Kranke in Belgien. Genug, wo wir hinschauen, überall noch traurige Missstände, die von der neuen humanen Richtung aufgedeckt wurden. Aber durch die glaubensvolle Beharrlichkeit, mit der die einmal für das neue System gewonnenen Aerzte es durchführten, wurden die gewonnenen Erfolge doch mit der Zeit so weit befestigt, dass der Sieg jetst völlig entschieden ist.

D. Heutiges Irrenwesen.

Wenn wir die heutige Irrenpflege- und -Behandlung in ihrer besten Form noch betrachten, indem wir uns eine gute Irrenanstalt vergegenwärtigen und auch die anderen Einrichtungen, die für das Irrenwesen gemacht worden sind, so ist vorher noch ein geschichtlicher Ueberblick auf die Frage zu werfen, ob heilbare und unheilbare Irre von einander zu trennen seien. Die Meinungen darüber haben lange geschwankt, und hat der Streit darüber scharfe Gegensätze hervorgerufen. Dass das Zusammenleben frischer Fälle mit Blödsinnigen, Epileptischen und Unreinen einen widrigen Eindruck und darum auch einen nachträglichen Einfluss auf sie ausüben müsse, ist wohl selbstverständlich; aber auch die zur Behandlung beider Klassen von Irren nothwendig verschiedenen Einrichtungen, führten zu dem Wunsche getrennter Anstalten. In Deutschland wurden daher mehrere **nur für Heilzwecke** bestimmte Anstalten errichtet, in denen die neuen, mit beträchtlichen Kosten verbundenen Reformversuche leichter durchgeführt werden konnten, während man zunächst noch versuchte, die alten bestehenden **Bewahr**anstalten mit passenden Veränderungen für **Unheilbare** zu benutzen. Durch die verhältnissmässig häufigen Heilungen in solchen Heilanstalten wurden auch manche der früheren Vorurtheile des Publicums rascher beseitigt. Obwohl diese Trennung keine besonderen Schattenseiten aufwies, so führte doch die Kostspieligkeit mehrerer zu den verschiedenen Zwecken dienenden Anstalten, die an verschiedenen Orten lagen, dazu, hier und da zwei zwar selbständige und vollkommen in sich abgeschlossene Anstalten, aber auf demselben Gebiet zusammen zu errichten. Diese unter derselben ärztlichen Leitung und mit gemeinsamen ökonomischen Einrichtungen versehenen Anstalten nannte man **relativ verbundene,** und schrieb ihnen ausser der Billigkeit noch andere Vorzüge zu. Die unsichere Bestimmung der Heilbarkeit oder Unheilbarkeit konnte hier die Aufnahme nicht verzögern, ein etwaiger Fehler der Prognose

war leichter zu berichtigen, bei der Erkenntniss der Unheilbarkeit war das Niederschlagende der Versetzung in die Pflege-Anstalt für Kranke und deren Angehörige nicht so empfindlich, weil es weit weniger auffällig geschehen konnte als bei räumlich getrennten und unter verschiedener Verwaltung stehenden Anstalten. Aber auch in dieser Weise war die Trennung auf die Dauer nicht möglich, weil die zunehmende Zahl der Pfleglinge schon allein dazu zwang, einige in der nur relativ verbundenen Heilanstalt zurückgelassen. Die Vermischung erwies sich auch durchaus nicht als so schädlich, wie man gemeint hatte, wenn nur für genügende Trennung der Unruhigen und Unsauberen von den ruhigen Kranken gesorgt wurde. Die Anwesenheit eines Stammes unheilbarer Anstaltsbewohner erwies sich sogar als ein wohlthätiges Mittel, um auch die neu Aufgenommenen sich rasch in die jenen gewohnte Ordnung einleben zu lassen, und manche ältere Pfleglinge erhielten neue Anregung durch die aus dem Treiben der Welt zu ihnen kommenden frisch Erkrankten, die Entlassung Genesener liess auch sie Hoffnung schöpfen und wurde ein Sporn zur Thätigkeit, dem besten Heilmittel. Und wenn man bedenkt, wie oft Kranke Rückfälle erleiden, die aber doch nach schwankendem Verlauf überall in Genesung übergehen, dass sehr viele nicht unmittelbar aus den häuslichen Verhältnissen in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht werden, sondern in städtischen Asylen mit Geisteskranken und andern Kranken der verschiedensten Art vorher längere Zeit zusammen sein müssen, so wird es einleuchtend, dass die völlige Trennung Heilbarer und Unheilbarer nicht so sehr die Hauptsache ist, als die Berücksichtigung möglichst humaner Behandlung unter den verschiedenen äusseren Umständen.

Da der Eintritt in die **eigentlichen**, grösstentheils **provinziellen Irrenanstalten**, bei uns immer noch mit grösseren Schwierigkeiten verbunden ist, als in die **städtischen Asyle**, so ist es natürlich, dass ein grosser Theil der heilbaren Fälle in letztere gelangt, und sind die Heilerfolge in ihnen ebenso gute wie in den Irrenanstalten. Der Grund dafür kann nur in der jetzt geltenden Auffassung liegen, dass in beiden Einrichtungen **wirkliche Krankenhäuser** vorliegen. Jede Irrenanstalt hat einen ärztlichen Leiter und besitzt alle Mittel zur Behandlung Kranker. Daneben verlangt man mit Recht den Eindruck der Wohnlichkeit und Behaglichkeit im ganzen Bau. Wo es möglich war, hat man die Anstalten nicht nur in eine gesunde, sondern auch eine an Naturschönheiten reiche Gegend verlegt. Freundliche und geräumige Gärten umgeben sie, das Finstere der Abgeschlossenheit früherer Zuchthäuser und Klöster ist

ganz vermieden, und wo mechanische Abschliessungsmittel gegen Entweichung und Zerstörungssucht nothwendig bleiben, findet man nicht mehr dicke Eisenstangen, sondern leichte Rahmen oder dickes schwer zu zertrümmerndes Glas. Für Reinlichkeit sorgen die neuesten Errungenschaften der Technik bei Abfuhr, Wasserleitungen und Beleuchtung. Derselbe Eindruck des Behaglichen und Wohnlichen begegnet den Besuchern in den meisten Räumen des Innern, die nicht nur die nothwendigen, sondern auch bequeme Möbel enthalten, freundlicher werden durch Bilderschmuck an den Wänden; in den Aufenthaltszimmern der Ruhigen und Besinnlichen findet man Sophas, Lehnstühle, Klaviere; Billard- und Lesezimmer sorgen für Unterhaltung, gesellige Vereinigungen in Festsälen zur Erheiterung, mit denen Ausflüge ins Freie abwechseln. Beschäftigung ist in zahlreichen Werkstellen, bei ländlicher und Gartenarbeit möglich, so dass das Dasein der meisten Kranken ein erträgliches ist. Freilich bleibt viel Elend, und viele Unglückliche können nicht theilnehmen an jenen Vorzügen, oder doch nur von Zeit zu Zeit. Die Blödsinnigen endlich, die nicht mehr Verständniss und Bedürfniss dafür haben, sind im Schutz und in der Pflege der Anstalt vor raschem Verfall und unwürdiger Behandlung früherer Zeiten bewahrt.

Je freier die Behandlung wurde, je mehr zeigte sich, dass sehr viele Kranke arbeitsfähiger und arbeitslustiger wurden; die frühere ängstliche Abschliessung der Anstalten von der Aussenwelt erwies sich als unnöthig, und die sich immer mehr fühlbar machende Ueberfüllung der Anstalten drängte zu der Entwicklung der sogenannten **freien Verpflegungsformen.** Die weiteste Ausdehnung erhielten die **landwirthschaftlichen Colonieen** für männliche Kranke, die sich am Besten an eine bestehende grössere Anstalt anlehnen. Diese Colonieen sind kleine Landgüter, die grösstentheils von den Kranken bearbeitet werden; nicht nur eine gesunde Thätigkeit, sondern eine nützliche in doppeltem Sinne ist dadurch den Kranken zugewiesen, denn sie helfen einmal die Kosten erleichtern, die zu ihrem Unterhalt dem Oeffentlichen zur Last fallen, andererseits werden dadurch Mittel flüssig, die ihnen selbst kleine Freuden bereiten durch die Erlangung von Genussmitteln wie Tabak, Bier, oder einzelner Vorzüge in der Kleidung und Verpflegung, die ein erneuter Sporn zur Thätigkeit werden. Hier und da gelangen auch kleinere Geldsummen zur Vertheilung, die eine eigene Beschaffung kleiner Wünsche gestatten.

Weniger verbreitet ist die sogenannte **familiale Verpflegung**; man versteht darunter die Unterbringung eines oder auch mehrerer Kranken in einer fremden Familie, so dass sie ganz zu ihr gerechnet werden und ihr ausser dem Nutzen der Arbeit noch ein kleines Kostgeld einbringen. Ganz treffend bezeichnet man diese Verpflegungsart auch als ein zerstreutes Colonialsystem. Eine mehr oder minder innige Verknüpfung mit einer nahe gelegenen Anstalt verschafft die Möglichkeit der Benutzung von Bädern, und erlaubt eine etwa nöthig werdende Zurückversetzung dahin. Wo die Einrichtung möglich ist, befinden sich die Kranken sehr wohl und glücklich dabei, so dass für solche Pfleglinge kein besserer Aufenthalt denkbar ist; sie fühlen sich als nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft und merken gut, dass ihre krankhaften Neigungen und Vorstellungen als solche erkannt und geschont werden. Voraussetzung ist natürlich, dass die betreffenden Familien ausgesucht und unter einer regelmässigen Aufsicht stehen. Die Erfolge sind durchaus gute, und verdiente das System eine weitere Ausbreitung in Deutschland als es bisher der Fall ist; in Schottland und schon seit Jahrhunderten in dem belgischen Orte Gheel ist die familiale Verpflegung sehr beliebt und ausgebildet.

Ein Theil der öffentlichen Fürsorge wird auf diesem Wege dem Staat von Privatleuten abgenommen; wie überhaupt eine grosse Zahl von Privat-Heil- und Pflegeanstalten darin eine dankbare Aufgabe gefunden hat. Einzelne von diesen vermeiden den Namen einer Irrenanstalt, und tragen dadurch den Empfindungen Rechnung, die aus der Thatsache erwachsen, dass die Rückkehr in die Gesellschaft nach dem Aufenthalt in einer Irrenanstalt durchweg den Genesenen manche Schwierigkeiten bereitet. So sehr es gerade die Aufgabe des Arztes ist, allen Vorurtheilen in dieser Hinsicht entgegenzutreten, so lässt sich doch nicht wegläugnen, dass die Gefahr und das Erleben von Rückfällen das Publicum dazu oft berechtigt. Hoffentlich wird die Scheu vor dem Umgang mit früheren Geisteskranken aber immer mehr schwinden mit der Verbreitung der Erkenntniss, dass neben einer grossen Zahl zweifelloser Heilungen noch mehr Personen die Anstalten unbedenklich verlassen können, die wieder fähig geworden sind, bei freundlichem Umgang und nachsichtiger Behandlung einen Theil ihrer früheren Leistungen zu übernehmen. Dadurch würde man wieder ein wirksames Mittel gewinnen, der überall hervortretenden Ueberfüllung der Anstalten zu begegnen. Jedenfalls sollte es das Ziel der Irrenpflege nicht werden, möglichst viele Kranke in Anstalten

unterzubringen, sondern nur dann dazu schreiten, wenn alle Versuche in anderer Richtung fehlschlugen. Jetzt wird von allen Geisteskranken mindestens $^1/_3$ als der Anstaltsbehandlung und Pflege bedürftig angesehen; das ist schon eine enorme öffentliche Last, wenn man weiss, dass ungefähr 5 von 1000 Menschen geisteskrank sind.

Also frühzeitige Aufnahme Heilbarer in Irrenanstalten, daneben weitgehende Entlassung harmloser Pfleglinge aus ihnen, das sei das Ziel des neuen Irrenwesens!

Besonderer Theil.



I.

Eintheilung in Formen geistiger Störungen.

Die Eintheilung der geistigen Störungen ist die schwierigste Aufgabe der wissenschaftlichen Psychiatrie, weil diese selbst kaum in ihren Grundzügen erkannt und festgestellt ist. Keine der bis jetzt gegebenen Eintheilungen war eine genügende; bald passte ein Krankheitsbild hier nicht ganz, dort fehlte ein passendes Fach, um es hineinzuschieben, Inhalt und Form deckten sich nicht. Wenn ich es dennoch wage, eine eigene Eintheilung zu geben, so werden ihr zweifellos wieder gleiche Mängel anhaften; aber wie in diesem Lehrbuch überhaupt versucht ist, das Wichtigste und Einfachste, für die Praxis Nöthige zu geben, so hat der Versuch meiner, sich natürlich an alte Muster anlehnenden Eintheilung den Zweck, dem Suchenden rasch eine Uebersicht der sich wesentlich unterscheidenden klinischen Erscheinungsformen des Irreseins zu bieten; (obwohl nebensächlich, so erscheint die hier gegebene Eintheilung praktisch um so verwendbarer, als sie sich möglichst eng an die Fragen der statistischen Zählkarten anschliesst.)

Wenn ein noch Unerfahrener einen Blick thut in dies oder jenes der besten grösseren Lehrbücher, so ist es kaum zu verwundern, wenn er zurückschrickt vor der Menge ihm entgegentretender Formen des Irreseins; die fremdklingenden und langen Namen dienen wahrlich auch nicht dazu, ihm Muth zu machen zur Beschäftigung mit einer Wissenschaft, die er als Student ja nicht einmal im Examen nöthig hat, die vom älteren praktischen Arzte so wie so schon mit einer gewissen Scheu betrachtet wird, weil sie ihm immer fremd war. Es ist freilich bis zu einem gewissen Grade erklärlich, wenn eine junge Wissenschaft, der sich die ganze Fülle des geistigen Lebens als Schauplatz eröffnet, den Stoff für den einzelnen Bearbeiter nur zersplittert darbietet, und daher oft sehr ungleichmässig zur Verarbeitung gelangt. Natürlich hat es neben den zahllosen fleissigen Arbeitern, die einzelne Bausteine zurichten und fein bearbeiten, immer andere gegeben, die

das zerstreute Material zusammenholten; aber es wurden daraus nur neue Haufen, der einheitliche Bau ist noch nicht gelungen, weil der Baumeister mit dem Plan fehlt, der das hochragende und sichere Gebäude aufführen kann.

Besonders drei Pläne sind zu nennen, die gemacht wurden zur Eintheilung der Formen geistiger Störungen; sie waren entweder auf pathologisch-anatomischer Grundlage, auf dem Boden der Ursachenlehre oder aus den Zeichen des Irreseins entworfen. Alle diese Systeme sind **künstliche** geblieben; anatomische Veränderungen fehlen in den meisten Fällen, Ursachen wirken gleichzeitig so viele, dass es oft willkürlich sein würde, eine bestimmte im einzelnen Fall als die entscheidende anzusehen, selbst die Zeichen des Irreseins sind zuweilen so mannichfach, dass Zufälliges und Nebensächliches lange das Wesentliche verdecken kann. Das Ideal einer Eintheilung würde ein natürliches System sein; es müsste alle Kennzeichen der Krankheit einheitlich umgrenzen, die Ordnungen darin dürften nicht auf einzelnen zufällig sich vordrängenden Zeichen beruhen, sondern müssten zweifellos den Zusammenhang aller einzelnen Erscheinungen nachweisen, so dass auch ein sicherer Schluss auf die Ursachen und den weiteren Verlauf gezogen werden könnte. Der Hauptweg, um zu solchem Ziel zu gelangen, wäre der, den das kranke Gehirn selbst in seiner Entwicklung nahm; es würde dies eine genetische Methode der Beobachtung sein, welche die Entwicklungsgeschichte der Krankheit mit der Entwicklungsgeschichte des Gehirns zu einer klinischen Untersuchung verbinden müsste.

So lange wir aber nicht einmal im Stande sind, die geistigen Vorgänge im gesunden Nervensystem zu erklären, wird auch der Versuch, ihre Abweichungen in einem natürlichen System zu umgrenzen, erfolglos sein. Es bleibt eben nichts übrig als die Eintheilung mit Hülfe der verschiedenen künstlichen Systeme vorzunehmen; der Fortschritt der Wissenschaft wird dann darin zu suchen sein, dass die Erkenntniss auf jedem einzelnen Gebiete sich mit solchen auf den anderen deckt.

Die verwandtschaftlichen Beziehungen einzelner Gruppen des Irreseins treten auch in unserer Eintheilung vielfach hervor und kennzeichnen ihren klinischen Verlauf. Indessen zeigt sich das Künstliche des ganzen Systems z. B. darin, dass die **heilbaren** Formen des Irreseins nicht nur bei den einfachen, meistens heilbaren geistigen Störungen zu finden sind, sondern wie die nach Vergiftungen und wie einzelne im Fieber auftretende, neben die **unheilbaren** Blödsinnsformen gestellt werden mussten, während andererseits die Paranoia

trotz ihrer einfachen functionellen Natur in der Regel durch einen ungünstigeren Verlauf gekennzeichnet wird und doch neben den anderen einfachen Seelenstörungen stehen bleiben musste.

Die Voraussetzung, dass das Gehirn das Organ sei, dessen Erkrankung zu geistiger Störung führt, würde zu dem naheliegenden Schluss berechtigen, dass es überhaupt eigentlich nur eine einzige klinische Psychose gibt, wenn es möglich wäre, alle geistigen Vorgänge einheitlich zu verstehen. Dann würden alle einzelnen sogenannten Formen nur besonders hervortretenden Erscheinungsgruppen entsprechen, und der verschiedene Verlauf die praktisch nöthige Abgrenzung und Eintheilung bestimmen. Da wir aber noch nicht im Stande sind, die geistigen Vorgänge einheitlich zu verstehen, so müssen wir uns doch ganz wesentlich an die hervorstechendsten Zeichen halten und aus ihnen die gebräuchliche Unterscheidung nach einigen Krankheitsformen entwickeln.

Schon die ältesten Beobachter haben eine noch heutzutage grundlegende Unterscheidung gemacht, die wir festhalten müssen; sie beruht auf dem Vorherrschen gedrückter oder erregter Stimmung. In allen Formen geistiger Störung können diese Stimmungen vorkommen, allein oder miteinander abwechselnd. So ergibt sich als erste, alle einzelnen Formen des Irreseins durchlaufende Eintheilung, die Trennung **depressiver** von **exaltirten** Zuständen, die vorzugsweise auf Störungen des Gefühlslebens beruhen, aber auch schon immer begleitet werden von Störungen in der Verbindung der Vorstellungen; in verschiedenen Graden können dann auch Störungen des Bewusstseins dazu gehören. So zweifellos der Zusammenhang dieser Erscheinungsreihen ist, so ist doch durch das Sich-Hervordrängen der verschiedenen Erscheinungen eine Trennung der einzelnen Fälle nach diesen nöthig geworden.

Wenn wir daher auch überall wieder Depressions- und Exaltationszuständen begegnen, so sind doch einige Symptomengruppen unter den Namen Melancholie und Manie vorzugsweise bekannt. Eine Störung in der Verbindung der Vorstellungen ist ebenfalls fast überall nachzuweisen, aber man bezeichnet sie nur in einigen klinisch besonders deutlichen Erscheinungsgruppen als Paranoia, worunter wir die Bezeichnungen Verrücktheit und Wahnsinn sowie die darauf folgende Verwirrtheit zusammenfassen wollen. Durch Verbindung von Störungen im Zusammenhang und Verlauf der Vorstellungen mit solchen des Bewusstseins, besonders der Wahrnehmungsvorgänge ergeben sich dann ungezwungen einige Unterabtheilungen.

Die Auslösung sogenannter hallucinatorischer Psychosen ist sowohl anatomisch wie klinisch versucht, aber vorläufig jedenfalls noch nicht durchführbar; es erscheint namentlich für die Praxis nach dem jetzigen Standpunkte der Psychiatrie richtiger und einfacher, die Sinnestäuschungen nicht als selbstständige Erkrankungen anzusehen, sondern nur ihre Beziehung zu dem jedesmaligen Krankheitsbilde zu untersuchen und zu verwerthen.

Diese Erscheinungsgruppen der Melancholie und Manie, sowie ihr periodischer Wechsel, und die Paranoia bilden dann eine gemeinsame Hauptgruppe, die als **einfache geistige Störungen,** den mit **dauernden anatomischen oder Allgemein-Erkrankungen verbundenen** entgegengestellt werden. Die einfachen geistigen Störungen sind meistens als wahrscheinlich heilbar zu bezeichnen, im Gegensatz zu den Formen der anderen Gruppe, die grösstentheils unheilbar sind. Functionelle Störungen, wie man die einfachen auch bezeichnet, können aber mit tiefer greifenden anatomischen Veränderungen und dauernden Gewebserkrankungen zu den ungünstigeren Formen übergehen; es ist damit unsere Eintheilung übersprungen und kann sie natürlich nur als vorläufiger Nothbehelf gelten. Am Deutlichsten zeigt sich dies in der wunderbaren Stellung der Dementia in unserem System, welches dazu zwingt, die in Schwachsinn und Blödsinn übergehenden einfachen Störungen als besondere Untergruppe der zweiten Hauptabtheilung aufzustellen, weil mit ihrem Eintritt, wenn auch nicht immer, so doch sehr häufig, deutliche anatomische Veränderungen des Gehirns einhergehen. Systematisch unrichtig wird dabei auch die primäre Dementia an die gleiche Stelle gerückt, um nicht das ähnliche klinische Bild abzutrennen. Hier ist also eine Abweichung von den Zählkarten zu bemerken, da in ihnen diese übrigens sehr seltene Dementia zu den einfachen Seelenstörungen gerechnet wird. Noch gezwungener ist die Verweisung des angeborenen Schwachsinns, der sogenannten Imbecillität, an denselben Platz, denn wenn anatomische Abweichungen im Bau des Gehirns wohl zweifellos gerade hier vorhanden sein werden, so sind sie unseren groben Untersuchungsmethoden doch noch nicht zugänglich. Es ist aber die Besprechung der Imbecillität von der Idiotie und anderen Formen des Schwachsinns nicht zu trennen.

Neben diesen enthält die zweite Hauptgruppe dann noch die praktisch so unendlich wichtigen Formen des Blödsinns mit Lähmungen, vor Allem die eigentlich sogenannte paralytische Seelenstörung, ferner die mit Epilepsie und anderen allgemeinen

Neurosen verbundenen Psychosen, unter denen die nervösen Schwächezustände der Neuzeit einen immer grösseren Raum beanspruchen. Wenn daran noch als Vergiftungen alkoholische Formen gereiht werden, so treten wir damit scheinbar ziemlich willkürlich aus dem Rahmen unseres künstlichen Eintheilungssystems hinaus; indessen einmal haben die darunter gezeichneten klinischen Individuen ein allgemeines Bürgerrecht erworben, ferner sind sie von besonderem Werthe desshalb, weil sie darauf hinweisen, dass wir bei geistigen Störungen nicht nur an psychologische oder anatomische Ursachen, und an Erscheinungen und Vorgänge im Centralnervensystem zu denken haben, sondern dass chemische Veränderungen im ganzen Körper, natürlich dann auch im gesammten Centralnervensystem, als Grundlage der Erscheinungen anzusehen sind. Dieser Umstand wirft auch auf die einfachen geistigen Störungen ein Licht, denn chemische Vorgänge im Stoffwechsel des Gehirns werden wahrscheinlich z. B. die einzige Erklärung für den eigenthümlichen Verlauf periodischer Störungen abgeben.

II.

Einfache geistige Störungen.

A. Melancholie.

Das Hauptkennzeichen der Melancholie ist die traurige Verstimmung in den verschiedensten Graden, mehr oder weniger verbunden mit Störungen des Bewusstseins und der Verbindung der Vorstellungen. Alle zusammen, aber doch ganz besonders die Störungen des Gefühlslebens bedingen die krankhaften Aeusserungen des Willens und die Handlungen des Melancholischen. In der einfachsten Form **selbstständiger** Melancholie treten daher die traurigen Affecte und Gefühle, oder die ängstliche Stimmung durchaus in den Vordergrund des Krankheitsbildes. Der Uebergang von Zuständen der Unzufriedenheit und übler Laune ohne genügende Veranlassung, die man oft bei überanstrengten Menschen beobachtet, zu dieser einfachen Melancholie ist ein fliessender. Gewinnen solche Gefühle die Stärke, dass sie die Stimmung dauernd beherrschen, so schliessen sich daran weitere Störungen geistiger Vorgänge. Niedergeschlagen und traurig merkt der Kranke, dass auch seine Vorstellungen langsamer verlaufen, dass neben dem peinlichen, schmerzlichen Inhalt seines Bewusstseins kein Platz mehr für andere Gedanken ist, als die um das eigene Leid sich drehenden. Indem er anfänglich die wachsende Gleichgültigkeit gegen seine Umgebung noch mit Schmerz empfindet, und dadurch seine traurige Verstimmung nur noch neue Nahrung erhält, verliert sich diese Gefühlsregung mehr und mehr, die Gefühle peinlicher Unlust erdrücken alle sonstigen Vorstellungen oder geben ihnen die gleiche schmerzliche Färbung. Nicht allein die frühere Freude an Geselligkeit, das Interesse an geistigen Genüssen höherer Art sind verschwunden, oder der Versuch daran theilzunehmen führt zu Widerwillen, sondern vor Allem die Lust an der gewohnten Arbeit und dem lieb gewordenen Beruf schwindet in auffallender Weise. Aus diesen Anfängen der Schwermuth, wie eine volksthümliche Bezeichnung den Zustand treffend nennt, entwickeln sich nun

die verschiedensten Formen der Melancholie, je nachdem besondere Töne aus ursächlichen Reizen im weitern Verlauf durchklingen, körperliche Leiden und geistige Eindrücke neue schädliche Einflüsse zuführen und die krankhaften Vorgänge ein rüstiges, widerstandsfähiges Gehirn, oder ein schwaches erschöpftes Nervensystem getroffen haben.

Anfänglich bleibt wie gesagt ein deutliches Krankheitsgefühl oft bestehen; der Kranke fühlt noch die Veränderung seiner Neigungen und Affecte; er sucht sie zuweilen noch zu verbergen, und die Fragen über den Grund seines sonderbaren Verhaltens ermüden und ärgern ihn dann. Die Unnatürlichkeit seiner Empfindungen, die Abneigung gegen früher Hochgehaltenes führt ihn häufig zu der Klage, dass er sich über Nichts mehr freuen könne. Er fühlt sich heraustreten aus der früheren Gemeinschaft mit den Menschen, Misstrauen, Argwohn und Besorgniss erfüllen ihn und veranlassen ihn zu einer feindseligen Abwehr gegen alle äussern Eindrücke, die ihn nur peinigen und bekümmern. Die Empfindung der veränderten eigenen Persönlichkeit, das Dunkle und Unklare der unbestimmten Gefühlsbelästigung drückt ihn fortwährend. Wenn er auch noch gesteht, dass seine Befürchtungen grundlos, einzelne ängstliche Vorstellungen, die sich aufdrängen, falsch seien, so ist es ihm doch unmöglich, anders zu fühlen, zu denken und zu handeln. Immer deutlicher tritt der Verlust des Selbstgefühls hervor, begleitet von einem echten Seelenschmerz. Im eigentlichsten Sinne des Wortes thut seine Seele ihm wehe; dumpfe Traurigkeit und Niedergeschlagenheit bemächtigen sich seiner, unfähig zum Handeln wird er ein stillleidendes Opfer seiner trostlosen Stimmung. Müssig hinträumend sucht er die Einsamkeit, wird schweigsam und äussert vielfach nur noch, dass Alles um ihn verändert sein müsse, wenn es auch so geblieben zu sein scheine wie früher. Verwandte und Freunde scheinen ihm anders entgegenzutreten als sonst, er verdient ihre Sorge nicht, denn er ist zu schlecht. Er wird gleichgültig gegen die Zuneigung seiner Nächsten, fühlt aber den Mangel der Regungen des Gemüths als Oede und Leere in seinem Innern. Die Welt ist ihm eine andere geworden als früher, nicht nach ihrem äussern Scheine, der noch derselbe geblieben ist, aber nach ihrem Wesen; es ist Alles todt für ihn und ohne inneres Leben. Den Vorgängen in der Umgebung, ja auch den eigenen Erlebnissen gegenüber fühlt sich der Kranke wie ein unbetheiligter Zuschauer. Unempfindlich gegen Liebe und Theilnahme verwandelt sich mit dem zunehmenden Verlust aller höhern ethischen und ästhetischen Gefühle jeder Versuch der Beeinflussung in seinen Augen zu peinlichen Störungen seiner

Vorstellungen. Besonders reizbare Menschen, namentlich Frauen gelangen schon früh zu dunklen Vorstellungen, dass ihnen Schaden zugefügt werden solle, oder jede freundliche Anrede, jeder Eindruck, besonders heiterer Art steigert die traurige Verstimmung entweder zu dumpfem Hinbrüten oder zu triebartigen Handlungen, die plötzlich wie zur Abwehr das gequälte Innere erleichtern und entlasten sollen.

Nicht immer ist der Bewusstseinsinhalt schon ganz auf diese ängstlichen Vorstellungen eingeengt; ein gut erhaltenes Gedächtniss führt ihm neuen Stoff zu selbstquälerischen Gedanken zu. Nur verlaufen die Vorstellungen langsamer und verbinden sich allein mit der Grundstimmung; die äussern Wahrnehmungsvorgänge gehen nur zögernd von Statten. Die willkürliche Anspannung der Aufmerksamkeit gelingt kaum, oder nur vorübergehend und mit grosser Anstrengung; gerade diese Erschwerung der geistigen Vorgänge wird als eine aufgedrungene Hemmung empfunden.

Bis hierher ist die ganze geistige Störung ohne Weiteres aus der traurigen Verstimmung zu verstehen; aber bei weiterer Entwicklung der Krankheit verbinden sich mit ihr auch einzelne bestimmte Vorstellungen, die aus dem allgemeinen Unlustgefühl ungefragt auftauchen und sich ungezwungen dem Kranken als Erklärung seines Leidens darbieten. Nicht bewusste logische Auswahl lässt diese Erklärungen entstehen, sondern der ganze frühere Vorstellungsinhalt des Bewusstseins wird jetzt langsam durchlebt, und es kann irgend ein Theil in eine erstarrende Berührung mit dem augenblicklichen Gefühl treten. Daher die Mannichfaltigkeit der Klagen, die nach der Bildungsstufe, dem Charakter, den früheren Erlebnissen und Lebenslagen des Einzelnen wechseln. Gewiss ist es kein Zufall, dass in sehr vielen Fällen sich religiöse Vorstellungen für solche Verbindung einfinden, denn diese sind in der frühesten Jugend dem Denken des Culturmenschen zugewachsen und haften tief. In dem Gefühl des Unglücks und Elends sucht der Kranke Zuflucht bei der Religion; er kann aber nicht mehr beten, und Zweifel an der Festigkeit seines Glaubens genügen, in ihm die Vorstellung der Sündhaftigkeit zu krankhafter Höhe zu steigern. Bibel und Gesangbuch werden hervorgesucht, kein Trost darin gefunden, wohl aber Stellen, die kritiklos auf die eigene Person bezogen werden. Eine packende Gewalt üben z. B. die Schriftsteller aus, welche von der unvergebbaren Sünde der Lästerung wider den heiligen Geist handeln. Dabei ist die Unklarheit darüber, was die Lästerung wider den heiligen Geist eigentlich sein soll, gerade für den Melancholischen so bedenklich und folgenschwer, denn er

findet leicht in seinem eigenen Leben irgend einen Vorfall, der als eine solche Sünde gedeutet werden kann. Namentlich geschlechtliche Verirrungen gehen in diesen Vorstellungskreis ein; es ist ja eine alte Erfahrung, dass Religion und Geschlechtsleben besonders nahe Beziehungen zu einander haben, eine culturgeschichtlich wichtige Thatsache, deren psychologische Erklärung freilich fehlt. Aber auch andere Selbstanklagen über begangene Sünden sind häufig, meistens bleiben sie allgemeiner Art, und kommt es nicht zu einzelnen bestimmten Vorwürfen und Befürchtungen. Der Kranke fürchtet die ewige Seligkeit und die göttliche Gnade verloren zu haben, verdammt und zu ewiger Höllenpein verurtheilt zu sein. Schon das vorhandene Leid, die melancholische Verstimmung, erscheint ihm als Strafe für frühere Sünden.

Andere glauben sich ebenso der weltlichen Gerechtigkeit, wie der himmlischen verfallen, sie fürchten Kerker und Todesstrafen, denen mit ihnen zugleich auch ihre nächsten Angehörigen ausgesetzt scheinen; in jeder Minute erwarten sie abgeholt und dem langsamen Hungertode ausgesetzt zu werden. Ein Kranker wird von Seelenangst ergriffen, wie sie der Verbrecher nach einer schweren That empfinden müsse, ihm ist zu Muthe, als wenn er selbst ein Verbrechen begangen habe. Meistens allmählich, zuweilen wie mit einem Schlage wird aus diesen allgemeinen Befürchtungen und Selbstvorwürfen eine besondere Vorstellung zum Ausgangspunkte neuer melancholischer Klagen. Nicht ohne Sorge wird der Arzt dieser Veränderung zuschauen, die mindestens keine baldige Genesung erwarten lässt; auch werden ihm zuweilen Zweifel über die Richtigkeit seiner Auffassung der Krankheit kommen, denn der Verfolgungswahn Verrückter hat viel Aehnlichkeit mit diesen Zuständen. Nur die Kenntniss des Verlaufes kann vor Verwechslung schützen; am Wichtigsten ist die Beachtung des Affectes beim Melancholiker; auch fehlen dem Verrückten fast niemals Ueberschätzungsvorstellungen, während der Melancholische meistens im Mangel des Selbstgefühls zur Herabsetzung des Werthes der eigenen Person neigt.

Eine Steigerung und Veränderung erfährt das gezeichnete Krankheitsbild, wenn es sich **mit Sinnestäuchungen** verbindet. Meistens tragen auch diese das Gepräge der schmerzlichen Gemüthsverstimmung; ihre sinnliche Deutlichkeit beseitigt jeden Zweifel, der bis dahin noch bestand. Die Stimmen drohen mit Unheil, Tod und Verdammniss. An gehörtes Schiessen oder Glockenklang knüpft sich der Gedanke der bevorstehenden Hinrichtung. Gestalten und Schatten erschrecken, drohen und beunruhigen. Es sieht sich der Kranke von Flammen der

Hölle umgeben, Abgründe scheinen sich vor seinen Füssen zu öffnen. Es riecht nach Leichen, Gift schmeckt er in den Speisen. Das getrübte Bewusstsein verwechselt harmlose Worte, gleichgültige Geräusche, zufällig eintretende Personen mit gefährlichen Einflüssen und feindlichen Absichten, die dem gequälten Gedankeninhalt entsprechen. Vorgänge im eigenen Körper werden allegorisch gedeutet; ein etwa vorhandener dumpfer Kopfschmerz wird ein Beweis, dass das Gehirn schwer erkrankt sei und der Tod bevorstehe. Die von Schreckbildern erfüllte Phantasie findet in allen Wahrnehmungen die Bestätigung ihrer Ahnungen und Befürchtungen. Worte und Mienen der Angehörigen sind unheimlich und gefahrdrohend. Ihre Theilnahme und Besorgniss erscheint als Versuch, ein grosses Unglück, eine neue Gefahr zu verheimlichen.

Wenn wir nun bedenken, dass die geschilderten Krankheitsbilder in der verschiedensten Stärke und Dauer auftreten können, dass die vorgeführten Zeichen zwar gewöhnlich in der angegebenen Reihenfolge auftreten, aber auch Abweichungen davon vorkommen, so dass der krankhafte Vorgang auch nur Theile des gezeichneten Bildes bietet, so wird man verstehen, wie mannichfaltig schon diese einfache Melancholie in ihrer Erscheinungsweise sein kann. Gemeinsame Grundlage war die traurige Verstimmung, eine verlangsamte Auffassung neuer Eindrücke und die Beziehung aller Wahrnehmungen und Erlebnisse auf das eigene Sein. Ein klinisch wesentlich abweichendes Krankheitsbild tritt uns aber entgegen, wenn eine besondere krankhafte Erscheinung in die melancholische Symptomengruppe eingeht, das Gefühl der **Angst**. Schon frühe Abschnitte der Krankheit erhalten durch dies Zeichen ein besonderes Gepräge. Das ängstliche Gefühl wird in die Herzgegend verlegt, und ist die Präcordialangst eine der wichtigsten und häufigsten Begleiterscheinungen schwererer melancholischer Zustände. Die äussere Ruhe der einfachen Melancholie wird verwandelt in ängstliche Unruhe. Fast regelmässig ist schon von Anfang an der Schlaf des ängstlichen Melancholikers gestört, weil der Druck und die Beklemmung in der Herzgegend ihn quälen; dazu gesellen sich bald andere peinliche Gefühle, als ob der Hals zusammengeschnürt sei, der Kopf wird dumpf; wirre Träume und ängstliche Gedanken häufen sich. Vielleicht lässt die Arbeit im Beruf den Zustand am Tage noch eine Zeitlang erträglich sein, aber in einsamer Nacht steigert er sich rasch, und wenn kein Schlaf das erregte Gehirn erquickt, werden auch die Tage mehr und mehr von peinvoller Angst erfüllt.

Während die einfache traurige Verstimmung sich mehr auf geistigem Gebiet abspielt und die körperlichen Functionen in geringerem

Grade dabei leiden, tritt in der ängstlichen Melancholie die organische Betheiligung viel deutlicher hervor. Der Appetit schwindet, die Ernährung sinkt rasch. Die Athmung ist oberflächlich, die Herzthätigkeit beschleunigt und oft unregelmässig, der Puls klein, die Haut kühl. Weil die Angst nicht immer auf gleicher Höhe bleibt, entweder geringe Schwankungen zeigt oder förmlich anfallsweise auftritt, so ist im Anstieg eine Unterdrückung der Ausscheidungen, beim Nachlass eine Steigerung besonders der Urin- und Schweissabsonderung zu beobachten. Je chronischer die Präcordialangst wird, um so undeutlicher sind diese Erscheinungen, aber einer genauern Untersuchung bleiben sie zugänglich.

Gewöhnlich tritt jetzt bald eine allgemeine Unruhe zu Tage. Der Kranke kann nicht mehr lange an einem Orte oder bei einer Beschäftigung aushalten, läuft mit verstörter Miene im Zimmer auf und ab, setzt sich, steht wieder auf und wird ruhelos herumgetrieben, bald hinaus ins Freie, bald wieder nach Hause, immer in der unbestimmten, aber stets unerfüllten Hoffnung, durch die aufgesuchte Veränderung die schreckliche Unruhe bannen zu können. Denn es liegt ihm wie Centnerlast auf der Brust, das Herz selbst ist ihm wie zusammengepresst.

Obwohl eingeengt in den Bannkreis der wenigen ängstlichen Vorstellungen, kann der Ablauf der Gedanken ein beschleunigter sein; jetzt können auch Wahnvorstellungen sich einfinden, die durch Sinnestäuschungen verstärkt werden. Peinliche Gefühlstäuschungen rufen auch in dieser Form der Melancholie wieder oft religiöse Vorstellungen wach, die dann in der historisch so wichtigen Erklärung als Furcht, von bösen Geistern besessen zu sein, sich vordrängen. Einerlei ob der Kranke selbst glaubt besessen zu sein oder nur in religiösen Befürchtungen einen Ausdruck für das gequälte Innere sucht, sein ganzes Verhalten kann und konnte namentlich in früheren abergläubischen Zeiten nur dazu beitragen, eine solche Auffassung zu unterstützen. Denn alle Reden und Handlungen erscheinen wie etwas Aufgezwungenes; die Unfähigkeit, dem ängstlichen Affect entgegenzutreten, macht trotz aller äusseren Unruhe den Eindruck des Beherrscht- und- Ueberwältigtwerdens. Allmählich beginnt sich bei steigender Angst das Bewusstsein zu trüben. Die Wahrnehmung der Aussenwelt geschieht nur noch in der Beziehung zu dem herrschenden Affect.

Immer deutlicher prägt der ängstliche Affect sich im Gesichtsausdruck aus; die Gesichtsmuskeln nehmen starre Stellungen ein und unveränderliche Falten treten hervor; die Stirn ist gerunzelt, die Mund-

winkel werden herabgezogen und die Mundspalte erscheint oft in die Breite gezogen, fast viereckig sich öffnend, die Lippen werden leise hin und her bewegt. Aengstliches Jammern, Stöhnen und Seufzen begleiten in höheren Graden die immer gleichen Klagen und Ausrufe. Einer fleht um Gnade, der Andere bittet ihn zu schonen oder auch wohl ihn zu verbrennen, trotz der Angst gerade vor diesem qualvollen Tode. Der Widerspruch ist vielleicht dann nur ein scheinbarer, denn die Angst ist so schrecklich, dass selbst der Verbrennungstod das kleinere Uebel scheint. Nicht nur Stunden oder Tage, sondern Wochen und Monate lang kann dieser Zustand bestehen; jede Person in der Nähe wird angeklammert, und oft muss man Gewalt brauchen, um sich loszureissen. Dann greift der Unglückliche wohl zu andern Mitteln; ringt die Hände, schlägt sich gegen den Kopf, reisst sich die Haut im Gesicht und an den Händen blutig, beisst die Finger wund, zerkratzt die Brust, flicht das Haar aus und ein, reisst es aus. Fortwährend bringt er sich selbst kleine Verletzungen und Verwundungen bei. Die ängstliche Unruhe kann sich aber noch weiter steigern zu unarticulirtem Schreien, rastlosem und zwecklosem Umherlaufen und Fortdrängen. Es ist unmöglich einen Kranken in dieser angstvollen Aufregung ohne Gewalt an- und auszuziehen, zu reinigen und zu baden, denn er setzt allen Bemühungen dazu den heftigsten Widerstand entgegen. Nur in einem vorübergehenden Nachlass der Angst hört man zuweilen noch Aeusserungen, die erkennen lassen, dass die Verzweiflung nicht ohne die früheren psychischen Vorgänge besteht; ein Kranker sieht sich von Henkern umgeben, glaubt, dass das jüngste Gericht nahe sei, denn er hört wie seine Eltern, Gatten oder Kinder schreien, die im Feuer verbrennen. Eine Stimme ruft ihm zu, dass die Strafe nahe sei, er sieht den Scheiterhaufen oder das Schaffot errichten, riecht Schwefel, schmeckt Gift. Aber die Angst verdeckt diese Vorgänge bald wieder, und erst spätere Berichte Genesener beweisen ihr Fortbestehen.

Jetzt kommt es zu den triebartigen Aeusserungen des gequälten Innern und zu Gewaltthaten, die man als Entladungen des angstüberfüllten Bewusstseins ansehen muss. Plötzlich reisst die namenlose Verzweiflung den Kranken hin zu rücksichtsloser Zerstörung von erreichbaren Gegenständen; verhältnissmässig harmlos ist es noch, wenn er jetzt seine Kleider zerreisst, Fenster zertrümmert. Denn es ist nichts Seltenes, wenn er Verstümmelungen des eigenen Körpers ausführt; Ausreissen der Augen, Abreissen und Abschneiden der Geschlechtstheile, Ausschneiden der Zunge, Durchbohrung des Gaumens sind solche plötzliche Gewaltacte. Ein Sprung ins Wasser oder aus

dem Fenster beschliesst zuweilen die grausige Scene. Doch sind solche Thaten nicht immer aus, wenn auch unklaren Motiven hervorgegangen, sondern oft nur aus dem Streben, den Zustand innerer Spannung zu lösen; es kommt dann zu triebartigen Handlungen, die nicht nur dem Zuschauer gänzlich unverständlich und unbegründet scheinen, sondern auch dem Genesenen selbst unerklärlich sind. Er musste so handeln, ich konnte nicht anders, ist seine Aussage. So tödtet Dieser seine Eltern, seine Kinder, ein Anderer seine Frau; ein naheliegendes Messer lässt Gedanken und That Eins sein, das Beil aus der Hand des Arbeitenden gerissen trifft blitzschnell das ahnungslose Opfer. Dieser sogenannte Raptus melancholicus ist bei einem ängstlich erregten Kranken vielleicht nicht so gefährlich, weil ein solcher in der Regel schon frühe in eine Anstalt und unter Aufsicht gebracht wird. Aber wie die Präcordialangst überhaupt auch bei jeder andern Form der Melancholie vorkommen kann, so kann diese plötzliche Entäusserung auch bei vorher äusserlich ruhigen Kranken in ungewohnter Heftigkeit ausbrechen. Ganz besonders gefährlich ist in dieser Hinsicht die bald näher zu betrachtende Melancholie, in der die Kranken lange Zeit vor solcher Gewaltthat regungslos, ja starr gewesen sein können.

Verzweifelte Angriffe auf die Umgebung, wie Selbstverstümmelungen und rücksichtslose Versuche zum Selbstmord, dienen demselben unwillkürlichen Zweck der Befreiung der Kranken aus der unerträglichen Lage. Und in der That erreichen sie diesen Zweck bis zu einem gewissen Grade, denn nach solcher That fühlen sie sich in der Regel erleichtert, ja es kann sich daran sogar eine regelrecht eintretende und fortschreitende Genesung anschliessen. Für den Kranken war die That eine erlösende, und die tiefe dabei vorhanden gewesene Bewusstseinsstörung lässt ihm keine oder nur eine undeutliche Erinnerung davon bleiben, so dass die Reue über das Geschehene wenigstens durch die Erinnerung der That selbst nicht immer gesteigert wird. Auch helfen religiöse Trostgründe und allgemeine Betrachtungen ihm oft auch darüber leicht hinweg, denn es wird ihm nicht schwer, sich als willenloses Werkzeug einer höheren Macht anzusehen; und der Arzt mit seiner Ansicht und Erkenntniss des Vorganges, als eines organisch bedingten, wird ihn darin nicht stören.

Zum Unglück treten die Anfälle von Präcordialangst meistens plötzlich ein; seltener gehen ihr Beklemmung, Kopfschmerz und Schwindel als Vorboten voraus. Sie können sich wiederholen in kürzeren Zeiträumen, aber auch nach jahrelangen Pausen. Inzwischen kann die traurige oder ängstliche Verstimmung deutlich fortbestehen,

oder so geringe Grade annehmen, dass der Kranke in den gewohnten Verhältnissen verhältnissmässig gesund erscheint. Im Allgemeinen aber besteht die Regel, je heftiger der Anfall war, desto dauernder ist die ihm folgende Beruhigung; doch kommen im Gegentheil auch Fälle vor, wo sich an die Gewaltthat das im Folgenden geschilderte Krankheitsbild schliesst.

Eine anfänglich unter den Erscheinungen der einfachen Melancholie einsetzende Erkrankung kann nämlich noch zu einem wesentlich anderen Krankheitsbilde führen. Langsamer oder schneller kommt es zu einem **starren Versunkensein** (Stupor) in die inneren geistigen Vorgänge. Dass die Störung des Bewusstseins nicht so tief ist, als der äussere Anschein vermuthen lässt, erkennt der aufmerksamere Beobachter an flüchtigen mimischen Regungen, einem Stirnrunzeln, Augenzwinkern, einem scheuen Blick. Ein plötzliches Wechseln der Gesichtsfarbe, ein tiefer Seufzer zeigen an, dass der in gänzlichem Schweigen Verharrende, unbeweglich Dasitzende von ängstlichen Vorstellungen erfüllt ist. Und in der That berichten Reconvalescenten von schreckhaften Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, denen sie unterworfen waren, über grauenhafte Bilder von Todesqualen, Hinrichtung, Abschlachtung der liebsten Angehörigen, Untergang der Welt. In schwereren Fällen war solchen Kranken das innere Leben zu einem wahren Dämmerzustand geworden, in dem sie die äusseren Eindrücke nur noch ganz verwirrt, schattenhaft und feindlich empfanden; eine schreckliche, inhaltslose, aber lähmende Angst nahm Bewusstsein und Sinne gefangen und machte jede Bewegung unmöglich, wobei noch das entsetzliche Bewusstsein des Nichtmehrkönnens und Nichtmehrwollens die Angst verzehnfachte. Diesem Bewusstseinsinhalt entsprechend erscheinen die Kranken nur mit ängstlich staunender oder maskenartig starrer Miene, bildsäulenartig an die Stelle gebannt. Doch wird dabei lange nicht immer die eigene Sorge für die unmittelbaren körperlichen Bedürfnisse vernachlässigt; erst in den schwersten Graden sind die Kranken ausser Stande, sich an- und auszukleiden, sich reinlich zu halten und die Nahrung allein zu sich zu nehmen. Lange ist die gewohnheitsmässige Ausübung dieser Thätigkeiten vorhanden, wenn auch zögernd und langsam; sie beweist, dass in dem oft einem Blödsinnigen ähnlichen Kranken wenigstens die inneren Vorgänge des eigenen Körpers empfunden werden, wie ja überhaupt auch ein zwar gehemmtes und darum so trostloses geistiges Leben sich abspielt. Dementsprechend ist der Schlaf meistens in hohem Grade gestört, oft besteht gänzliche Schlaflosigkeit, wenn der Kranke auch völlig ruhig und unbeweglich im Bett liegt.

In diesen Zuständen treten die **körperlichen Begleiterscheinungen der Melancholie** am Deutlichsten hervor. Der zwischen trauriger Niederschlagenheit und ängstlicher Verzweiflung oder stumpfer Erduldung wechselnde Gesichtsausdruck ist schon mehrfach erwähnt; die zögernde Ausführung aller Bewegungen oder ihre ängstliche Unruhe und ihr plötzlicher gewaltsamer Ausbruch sind uns jetzt bekannt. Auffallende Veränderungen kann das wichtigste Bindeglied geistiger und körperlicher Thätigkeit, die Sprache in ihrer Ausführung bieten. Langsam, selten und einsilbig ist die Rede in der einfachen traurigen Verstimmung; die Stimme klingt gedämpft, tonlos oder gepresst; völliges Schweigen schliesst diese Erscheinungsreihe ab, während die Klangfarbe der Stimme je nach dem Grade der Angst alle Farbentöne zeigen kann vom leise zitternden dunklen Klange durch die erregten unruhigen oder gepressten Töne zum schrillen Aufschrei und heftigen Jammern und Klagen. In der ängstlichen Erregung wird die Sprachweise wieder rascher und lebendiger, doch behält die Klangfarbe der Stimme das eigenthümlich Zitternde in allen Lagen.

Bei allen Melancholischen leidet im Anfang und auf der Höhe der Krankheit der Schlaf. Er fehlt gänzlich oder ist durch schreckhafte Träume und häufiges Aufschrecken gestört, oder die Kranken empfinden, trotzdem sie schlafen, davon nicht die Erquickung und Stärkung, wie sie der Schlaf des Gesunden mit sich bringt. Andere Kranke liegen ruhig da, ohne sich zu rühren und scheinen lange Zeit ohne völligen Bewusstseinsverlust sich doch soweit auszuruhen, dass sie ihren Zustand monatelang ertragen. Wenn die nächtliche Unruhe so gross wird, dass der Kranke nicht mehr im Bett bleibt, sondern in einer Ecke kauert, unters Bett kriecht in leichter Kleidung, so kann dadurch eine Abnahme der Kräfte entstehen. Aber auch bei geringeren Graden der Schlaflosigkeit wird der Mangel der Erholung verbrauchter Nervenkräfte sich geltend machen in dauernden Gefühlen der Abspannung, Müdigkeit und Schwere in allen Gliedern, sowie in dumpfer Benommenheit des Kopfes.

Dazu gesellen sich oft schmerzhafte oder doch peinliche Empfindungen im Kopfe; Druck auf der Scheitelhöhe, Spannung im Hinterkopfe oder ein Gefühl von Leere, das hin und wieder allegorisch übersetzt wird in den Ausdruck, das Gehirn sei geschwunden, die Seele verloren gegangen.

Neuralgische Schmerzen sind selten; scheinbare Gefühllosigkeit in Zuständen grosser Angst und tieferer Bewusstseinsstörung muss man als eine Folge der mangelnden Aufmerksamkeit ansehen. Das

Gemeingefühl überhaupt ist gestört und trägt wieder dazu bei, die Willenskraft und das Selbstgefühl herabzusetzen.

Sehr häufig, man kann wohl sagen regelmässig leidet die Verdauung bei Melancholischen. Doch hat man hierbei einen bedeutsamen Unterschied zu machen, je nachdem die Thätigkeit des ganzen Nahrungssystems in unmittelbarer Folge und Zusammenhang mit der Erkrankung des Centralnervensystems gelähmt ist, oder sich nach einer aus psychischen Motiven bedingten Nahrungsverweigerung entwickelt. Möglicherweise kann ein Magendarmkatarrh hier und da auch einmal die Nahrungsenthaltung vermitteln durch Einschaltung von ihm hervorgerufener Wahnvorstellungen, doch ist dies der seltenere Fall. Es ist im Allgemeinen festzuhalten, dass Verdauungsstörungen von der Melancholie untrennbare körperliche Begleiterscheinungen sind, und dass Nahrungsverweigerung sich in der Regel selbstständig aus psychischen Motiven einstellt und nun ihrerseits entweder eine Erkrankung des Nahrungsrohrs bedingt oder eine schon bestehende steigert. Am Häufigsten ist Verstopfung, doch finden sich auch vor einer solchen, öfter nachher alle deutlichen Zeichen eines Magendarmkatarrhs; ungenügende Absonderung der Verdauungssäfte ist zweifellos die erste Ursache; das ganze Nervensystem mit allen seinen feinen Ausläufern in Schleimhäuten und Drüsen des Nahrungsrohres entbehrt der Anregung. Der deutlichste Ausdruck für die darniederliegende Verdauung und ungenügende Aneignung der oft noch in ausreichender Menge zugeführten Nahrungsstoffe ist die rasche Abnahme des Körpergewichtes im Anfang einer stillen Melancholie; bei ängstlicher Aufregung lässt der vermehrte Stoffwechsel die Ernährung rasch abnehmen. Aber bei längerem Bestehen der Melancholie nimmt auch regelmässig der Appetit ab, und ohne Nahrungsverweigerung kann in den schweren Zuständen der in Starrheit versunkenen Kranken der Ernährungszustand bis zu solcher Abmagerung und allgemeinen Erschöpfung herabsinken, dass der Tod eintritt. Selbst erzwungene Nahrungszufuhr ist in solchen Fällen erfolglos, wo die erschöpfte Nervenkraft zur Anregung der Verdauung nichts mehr zu leisten vermag.

Die Nahrungsenthaltung in Folge von Wahnvorstellungen gehört zu den bedenklichsten Erscheinungen der Melancholie; es ist nur selten damit die Absicht verbunden, durch Hungern dem Leben ein Ende zu machen, sondern die Kranken klagen sich der Verschwendung an, glauben ihr ganzes Vermögen verloren zu haben; äussern, dass sie ihre Familie der schrecklichsten Noth überantwortet haben und weigern sich nun Nahrung zu sich zu nehmen, weil sie

das Empfangene nicht zu bezahlen im Stande seien oder weil sie meinen, Andern die Nahrung zu entziehen. Zuweilen wollen sie desshalb sich selbst an der Kost absparen, was Jenen zukommt.

Auch in der Absonderungsthätigkeit anderer Organsysteme findet man die Melancholie begleitende Störungen. Thränen fliessen nicht; der Schweiss ist meistens unterdrückt, die Haut trocken; sie wird spröde und fahl, Haare und Nägel werden trocken und brüchig. Abgesehen von den Angstanfällen ist der Urin der Melancholischen sowohl von sehr geringer Menge wie zu Niederschlägen neigend, trotzdem die Gesammtmenge der festen Bestandtheile ebenfalls eine geringe ist. Dicker zäher Speichel tritt bei den in sich versunkenen Kranken zuweilen aus den Mundwinkeln hervor.

Die Menstruation ist in der Regel gestört, setzt oft ganz aus. Der Geschlechtstrieb erlischt meistens, zuweilen aber sieht man in den tieferen Bewusstseinstrübungen hartnäckige Masturbation; triebartig, wie auch ein gieriger Heisshunger gelegentlich Zustände von Nahrungsenthaltung unterbrechen kann.

Wenn auch wesentlich abhängig von der Stärke des Affects, so ist die verlangsamte oder beschleunigte Athmung doch durchweg nur eine oberflächliche. Weit auffallendere und wichtige Veränderungen sind aber im Blutkreislauf zu beobachten. Schon von vornherein findet sich oft eine allgemeine Blutarmuth, die im weiteren Verlauf der Krankheit zunimmt. Aber auch die herabgesetzte Energie der Herzthätigkeit macht sich bald in zahlreichen Erscheinungen bemerklich, die natürlich in den Zuständen starrer Gebundenheit ihren höchsten Grad erreichen. Das Gesicht und die Füsse werden leicht gedunsen, ebenso die Hände, wobei ein unbewegliches Herabhängenlassen die Stauung vermehrt; bald kommt auch eine bläuliche Verfärbung dieser Theile hinzu, ebenso eine solche mancher Schleimhäute. Während dabei die Hände und Füsse leicht abkühlen und kalt anzufühlen sind, macht sich die innere Erregung, besonders bei hinzutretenden Beängstigungen, im Gesicht durch aufsteigende Hitze und Schwitzen der Stirn, auch wohl durch Kopfschmerz kenntlich. Die Pulswelle ist meistens klein und gespannt, doch ist es natürlich, dass gerade in dieser Psychose, deren Grundlage die Stimmung ist, jede Steigerung des traurigen oder ängstlichen Affectes zu Schwankungen des Pulses in der von den central innervirten Blutgefässen verschobenen Blutsäule führt.

Ehe wir nun von der Schilderung der Zustände, die bei einer ersten Krankenuntersuchung aus Berichten und eigener Anschauung leicht in die Augen springen, zur Betrachtung des weiteren Verlaufs

übergehen, muss auf einen Punkt aufmerksam gemacht werden, der bei allen geistigen Störungen, besonders aber den affectvollen und somit auch der Melancholie häufig zu beobachten ist. Es ist dies ein plötzlicher, scheinbar zu dem vorhandenen Zustande in völligem Gegensatz stehender Umschwung und Wechsel der Stimmung. Mitten in den traurigen Affect drängt sich rasch vorübergehend eine heitere Stimmung; Uebermuth und Ausgelassenheit, bei Frauen Koketterie beherrschen eine kurze Zeit die Scene, freilich nur um beim Wiedereintritt der traurigen Verstimmung als Selbstanklagen und Beweise der eigenen Schlechtigkeit und Verworfenheit verarbeitet und hingestellt zu werden. Indessen sind diese Gefühlsschwankungen Ausnahmen in der Höhe der Melancholie; sie finden sich häufiger während der Entwicklung und beim Nachlass der Krankheit, wie wir bald erfahren werden.

Gewöhnlich ist der **Verlauf** der Melancholie ein sehr langsamer, mindestens Monate, zuweilen Jahre hindurch. Sehr selten sind Fälle von nur stundenlanger Dauer; man wird dann zur Feststellung sich nicht begnügen mit der Erkenntniss einer einfachen traurigen Verstimmung, sondern muss dazu noch Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen fordern. Auch muss man sehr vorsichtig in seinem endgültigen Urtheil sein, weil eine sich langsam entwickelnde Melancholie sich immer noch deutlicher einstellen kann, wenn ein solcher kurz vorübergehender Anfall beobachtet wurde. Aber nicht nur in der Entwicklung verläuft die Melancholie sprungweise in ihren Erscheinungen, sondern häufige Schwankungen in der Stärke aller Zeichen sind auch im weiteren Verlauf etwas Gewöhnliches. Aeussere Einflüsse sowie Vorgänge im eigenen Körper tragen dazu bei. Dazu veranlassen z. B. starker Wechsel in der Temperatur, der Eintritt der Menstruation. Selbst die Tageszeit kann Unterschiede zeigen, indem viele Melancholische, deren Schlaf noch einigermassen genügt, in den Vormittagsstunden eine grössere Unruhe zeigen, während sie gegen Abend ermatten; bei Andern scheint der Eintritt der Dunkelheit eine Steigerung der Erscheinungen mit sich zu führen.

Mässige Grade von Melancholie mit bedeutenden Nachlässen können viele Jahre lang bestehen; solche Kranke können sich meistens in ihren gewohnten Verhältnissen halten, und sind die Qual ihrer Umgebung und der Gegenstand vielseitiger schiefer Beurtheilung. Bei längerem Bestehen wird die anfängliche Besorgniss der Angehörigen geringer und vielfach ein geringer Werth auf die Klagen und gelegentliche Drohung mit Selbstmord gelegt. Da diese Fälle meistens

nicht in die Anstalten kommen, sondern im Wirkungskreise der praktischen Aerzte bleiben, ist es nöthig, nachdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass man sich nicht zu leicht in Sicherheit wiegen darf; denn die Gefahr des Selbstmordes auf dieser scheinbar geringen Entwicklungshöhe der Krankheit ist doch eine grosse. Melancholiker mit einfacher trauriger Verstimmung, ohne krankhafte Vorstellungen, suchen ebenso oft Erleichterung und Befreiung von ihrer schmerzlichen Allgemeinempfindung wie die von bestimmten Befürchtungen und Sinnestäuschungen Gepeinigten. Eine plötzlich einsetzende Präcordialangst erzwingt förmlich die Entlastung durch eine Gewaltthat, und ist die Gefahr des Selbstmordes wenigstens vom Arzte niemals zu vergessen. Tritt ein solcher völlig unerwartet ein, so wird er sicher nachträglich oft aus allerlei Gründen erklärt, die nur nebensächlicher Natur waren, und täuscht man sich in der Umgebung dann gern über die eigentliche Ursache hinweg.

Jede Melancholie kann chronisch werden. Dabei pflegen die heftigeren Erscheinungen oft nachzulassen; die Sinnestäuschungen blassen ab, die Wahnvorstellungen treten für gewöhnlich in den Hintergrund und tauchen nur bei besonderen Anlässen wieder deutlicher aus ihm hervor, die äussere Unruhe im Mienenspiel und den Körperbewegungen verliert sich; der Kranke kann sogar eine Beschäftigung übernehmen, bei der keine Anforderungen an eigene Entschliessungen gestellt werden. Dieser Zustand kann namentlich im Schutze der Anstalt jahrelang bestehen, ohne dass wesentliche Steigerungen des Leidens zu Tage treten, aber auch ohne in Genesung überzugehen. Ein geringer Grad geistiger Schwäche pflegt sich dann nur in der Theilnahmlosigkeit an Familienbeziehungen zu zeigen.

In anderen Fällen chronischer Melancholie verlieren alle Erscheinungen nichts von ihrer Heftigkeit, aber die Wahnvorstellungen und ihre Aeusserungen nehmen etwas Stereotypes an und können maschinenmässig wiederholt werden; der starre oder ängstliche Gesichtsausdruck prägt sich in tiefen und festen Zügen ein, der Klang der Stimme erhält etwas Eintöniges und Weinerliches; dieselben Klagen werden in gleicher Weise unzählige Male wiederholt oder auch nur bei jeder Anrede in derselben trostlosen Art ausgelöst. Auch die starre Gebundenheit kann ohne Lösung jahrelang bis zum Tode bestehen; häufiger jedoch löst sich auch hier die hochgradige Spannung etwas, das Bewusstsein klärt sich und der Kranke gewinnt im Allgemeinen die Orientirung wieder, allein es kommt doch nicht zu einer klaren Einsicht in die überstandene Erkrankung. Theilnahmlos und blöde bleibt der Kranke unfähig zu geistigen Leistungen, und in

diesem geringeren Grade kann die Melancholie dann noch bis ans Lebensende bestehen bleiben. Beruf und Familie erscheinen gleichgültig, für die Umgebung rührt sich keine Theilnahme, und die traurige Stimmung beherrscht, wenn auch weniger scharf hervortretend den Kranken, der still ist, wenig und langsam antwortet, stundenlang auf einem Fleck steht. Man könnte ihn leicht mit einem Blödsinnigen verwechseln, wenn nicht gelegentlich Aeusserungen überraschen, die ein fortdauerndes Innenleben beweisen.

Diesen sich verschleppenden Verlaufsarten der Melancholie stehen einige andere gegenüber, und wollen wir zunächst die sich rascher abspielenden betrachten. Besonders die Uebergänge in Genesung ziehen unsere Aufmerksamkeit auf sich. Gewöhnlich nach 3—6 Monaten im Durchschnitt lassen die Krankheitserscheinungen an Heftigkeit nach und weichen in ganz allmählichem Abfall endlich einem ruhigen gesunden Verhalten. Zuerst bessert sich der durch die ganze Krankheitsdauer gestört gebliebene Schlaf. Waren Angstanfälle vorhanden, so werden sie seltener und schwächer. Der Gesichtsausdruck beginnt sich zu beleben, die Theilnahme für die Umgebung und die Familie regt sich wieder. Die Kranken werden gesprächiger, selbstständiger, entschliessen sich zur Unterhaltung und Beschäftigung, zeigen Appetit und gewinnen immer mehr ihre alte Persönlichkeit wieder. Der allmähliche Eintritt der Besserung ist verlässlicher als ein plötzlicher, der überhaupt selten vorkommt; in der Regel darf man einer solchen plötzlichen Genesung nicht trauen, und kann erst eine grössere Sicherheit gewinnen, wenn Hand in Hand mit der geistigen Besserung auch die des körperlichen Befindens einhergeht. Dies geschieht dann auch in der Regel recht rasch; das blasse und verfallene Aussehen schwindet, das Körpergewicht steigt beträchtlich. Die gestörten Functionen, verminderten Absonderungen kehren wieder in gewohnter Weise. Auf den Wiedereintritt der Menstruation soll man indessen keinen zu grossen Werth legen; stellt sie sich nicht bald ein, so braucht man aus dem Fehlen dieses einzelnen Zeichens noch nicht zu ängstlich zu sein für die Dauer der Genesung, besonders wenn allgemeine Blutleere im Spiel ist, deren Ersatz nur sehr langsam möglich wird.

Umgekehrt nun ist für Aussicht auf dauernde und völlige Genesung aber auch die gleichzeitige Rückkehr der geistigen gesunden Thätigkeit neben der körperlichen Erholung zu verlangen; denn diese allein ohne sofortige merkliche geistige Besserung lässt die Gefahr der Verblödung befürchten. Wichtig für die Beurtheilung ist

auch das Sicheinstellen von Krankheitseinsicht, die bei fortschreitender Genesung nicht zu fehlen pflegt.

Wenn somit die allmähliche Besserung geistiger und körperlicher Störungen das Gewöhnliche ist, so muss man doch wissen, dass namentlich die wechselvollen Bilder der ängstlichen Melancholie und die schweren Erscheinungen starrer Versunkenheit in der Reconvalescenz noch manchen Schwankungen ausgesetzt sein und dann doch noch zu völliger Genesung führen können. Zuweilen zeigen diese Kranken vorübergehend ein erhöhtes Wohlgefühl, ehe das volle Gleichmass wieder erreicht wird. Andererseits kann besonders nach starker ängstlicher Erregung die Besserung sich unter einem starren Verhalten verbergen, bis erst nach längerer Zeit auch diese Erschöpfung des ganzen Nervensystems völliger Genesung Platz macht.

Wenn man auch in diesen Fällen eine einsichtsvolle Beurtheilung des überstandenen Krankheitszustandes von den Genesenen erwartet, so muss man sehr wesentlich den vorhandenen Bildungsgrad berücksichtigen. Während der Gebildete den melancholischen Zustand mit seinem Vorstellungsinhalte als einen krankhaften Seelenzustand bezeichnen wird, kann der Ungebildete nur schwer begreifen, dass es sich um eine Krankheit gehandelt habe und spricht von Träumen und Einbildungen, die ihn quälten und gefangen hielten.

Es bleibt jetzt noch die Betrachtung der ungünstigsten Verlaufsarten in den Tod und in Verblödung. Zum Tode führen verhältnissmässig rasch heftige ängstliche Erregungszustände, durch völlige Erschöpfung und ungenügende Nahrungszufuhr in Folge des Grundleidens selbst. Dass Selbstmord die Sterblichkeitsgefahr vermehrt, wissen wir schon; aber auch eine Reihe gefährlicher körperlicher Erkrankungen tritt in diesen Zuständen verhältnissmässig oft auf; so z. B. Lungenentzündungen, wegen der Unruhe schwerer zu behandelnde Wundkrankheiten und Verletzungen. In der einfachen Melancholie und bei tiefer Versunkenheit ist Lungenschwindsucht eine häufige Verwickelung, und der Mangel genügender oder jeglicher Bewegung bedingt dann ihren ungünstigen Ablauf.

Schliesslich ist der Ausgang in Blödsinn zu erwähnen. Hält man sich streng an die Auffassung der Melancholie als eines selbstständigen Krankheitszustandes, und schliesst alle diejenigen geistigen Störungen aus, bei denen sie nur eine einleitende Rolle spielt, so kann man nicht sagen, dass der Ausgang der Melancholie in Blödsinn häufig ist. Wohl finden wir wie erwähnt zahlreiche verschleppte Fälle, in denen ein gewisser Grad geistiger Schwäche namentlich auf

ethischem Gebiet hervortritt. Andere intellectuelle Leistungen pflegen sich aber lange zu erhalten und ihr gänzlicher Verlust ist nicht häufig. Der beste Massstab ist die Leistungsfähigkeit; wenn daher auch keine Selbstständigkeit hohen Grades bleibt, so sieht man doch unter chronischen Melancholikern Manche, die unter richtiger Leitung und Schonung bei Weitem mehr leisten, als dass man sie Blödsinnige nennen müsste.

Somit darf man die **Prognose** der Melancholie im Allgemeinen als eine günstige hinstellen. Denn einmal genesen weit über die Hälfte aller von dieser Krankheit Befallenen, andererseits behalten sie oder gewinnen sie im Laufe der Zeit oft einen gewissen Grad von Leistungsfähigkeit wieder zurück. In mancher Beziehung wird die Prognose erleichtert, wenn man sich der Ursachen der Melancholie im einzelnen Falle erinnert. Erbliche Anlage zu geistigen Störungen muss hier als eine ungünstige Zugabe angesehen werden; ebenso fällt eine vorausgegangene Schädelverletzung mit Gehirnerschütterung erschwerend neben anderen Ursachen ins Gewicht. Lassen sich die gelegentlichen Ursachen, besonders wenn sie fortwirken, beseitigen, wie häuslicher Kummer, Lebenssorgen oder Ernährungsstörungen allgemeinerer Art, vielleicht auch besondere Organerkrankungen so wächst auch die Aussicht auf eine spätere Ausgleichung der Psychose. Von besonderer Wichtigkeit ist aber das Lebensalter der Erkrankten. Kindheit, Pubertät und Greisenalter sind gefährdeter, als das kräftige Jugend- und volle Mannesalter. Es ist wohl überflüssig zu sagen, dass die Verwickelung aller der zahlreichen verschiedenen ursächlichen Momente eine einseitige Beurtheilung nach einzelnen Ursachen verbietet, und kann nur auf die bezüglichen Schilderungen in der allgemeinen Ursachenlehre verwiesen werden, wo dieser Punkt mehrfach berührt ist. Am Häufigsten ist die Melancholie zur Zeit der geschlechtlichen Entwicklung, und darum in dieser Zeit eine besonders häufige Erkrankung des weiblichen Geschlechtes, bei dem das Geschlechtsleben so tief in die geistigen Vorgänge eingreift, und schon im gesunden Leben tiefere Eindrücke hinterlässt, hier auch vorzugsweise die Stimmung beeinflusst. Nicht viel geringer ist die Zahl der melancholischen Erkrankungen im Greisenalter; von einigen Beobachtern wird sogar behauptet, dass sie die der Entwicklungsjahre übertreffe. Die Involutionszeit des Körpers, die vielleicht besonders auf eine frühzeitige Erschöpfung und Starrheit der Blutgefässwandungen zurückzuführen ist, welche den Jahren sogar vorauseilen kann, bringt die Melancholie zu einem besonders deutlichen Ausdruck. Wieder sind es die Frauen in Folge der durch das Klimakterium

in ihrem Körper gesetzten Veränderungen, die häufiger erkranken. Ueberhaupt liegen in den inneren Lebensvorgängen des weiblichen Körpers noch mehrere Veranlassungen, die die Erkrankungsziffer des weiblichen Geschlechtes an Melancholie vermehren. Es sind dies die verschiedenen Abschnitte des Fortpflanzungsvorganges, Schwangerschaft, Wochenbett und das Stillen. Die Melancholieen, welche sich an die genannten Zustände anschliessen, machen keine anderen Erscheinungen als sonst; jedenfalls wird man ohne Kenntniss des Vorausgegangenen aus dem gerade vorliegenden psychischen Krankheitsbilde allein, nicht den Schluss ziehen können, dass z. B. ein Wochenbett vorausging.

Es ist daher mindestens überflüssig von einer puerperalen Melancholie als besonderer Krankheitsform zu reden; alle diese Vornamen, die man den einzelnen Mitgliedern der Krankheitsfamilien zu geben liebt, greifen zur Bezeichnung willkürliche Einzelheiten heraus und stören nur die einheitliche Auffassung des ganzen Krankheitsvorganges. Wenn überhaupt eine **Eintheilung der Melancholie** in Gruppen gemacht werden soll, so darf dies sicher nur nach den verschiedenen Arten der allen Krankheitsbildern zu Grunde liegenden Veränderung der Gefühlsstimmung geschehen; nur die sinnlichen Gefühle sind regelmässig gestört, während Störungen der intellectuellen Gefühle, d. h. der ästhetischen und sittlichen jene nur zuweilen begleiten, niemals allein bestehen. Es kann daher eine Eintheilung die von den sinnlichen Gefühlen nicht zu trennende Stimmung niemals übersehen, und ist es richtiger alle intellectuellen Störungen und darunter diejenigen des Wahrnehmungsvorganges und der Verbindung der Vorstellungen als mehr oder weniger wesentliche Erscheinungen der Auffassung des Gesammtbildes der Melancholie nur einzureihen.

Eine praktisch sehr wichtige Bemerkung ist es, dass eine selbstständige Melancholie, die auf dem Boden eines durch Anlage oder in späterer Zeit schwächeren, wenigstens widerstandsunfähigeren Gehirns erwächst, im Gegensatz zu der Melancholie bei rüstigem Gehirn einige Eigenthümlichkeiten zeigt. Weil die Krankheit sich hier länger hinzieht und die Bewusstseinstrübung keine so tiefe wird, bleibt das Krankheitsbild selbst häufig ein unreines, ist ein Gemisch von Gesundem und Kranken, wie es ja auch die andern Melancholieen während ihrer Entwicklung waren; das Bild erhält dadurch etwas Unfertiges und kann einen unerfahrenen Beobachter um so leichter täuschen, als diese Kranken geneigt sind, ihr Benehmen durch Gründe als berechtigt hinzustellen, ihre Stimmung auf traurige Umstände zurückzuführen und in selbstquälerischer, aber oft dialektisch gewandter

Weise ihr Unrecht, ihr Unglück zu entwickeln. Die Minderwerthigkeit des Gehirns und der ganzen nervösen Constitution bedingen den Verlauf dieser Art der Melancholie, welche daher auch **constitutionelle** genannt ist; indessen erbliche und constitutionelle Einflüsse kommen jeder Psychose zu, mehr oder weniger, aber sie sind da, und es wird nicht möglich sein, im einzelnen Fall zu sagen, wie weit der Einfluss dieses Factors reichte. Die Eigenschaften der Melancholie im Allgemeinen sind aber deutlich wieder zu erkennen und darum auch so zu nennen. Bezeichnender würde es dann noch sein, wenn man das Hervortreten der Begründungsversuche berücksichtigte und dann, wie die Franzosen eine Folie raisonnante, hier in melancholischer Form, aufstellte. Meistens handelt es sich um Frauen; ihre Unzufriedenheit und Reizbarkeit, die beständig in den Zwang schmerzhaften Fühlens gebannt ist, das als stehender Affect bleibt, setzt sie grossen Gefahren aus verkannt zu werden. Sie sind nicht nur unlustig, sondern unfähig zur Arbeit; aber sie gerade werden durch wiederholte Vorwürfe gequält und gelten dann bei ihrer schmerzhaften ins Zornige umschlagenden Stimmung als zänkisch und boshaft. Ist solche von Aussen hinzugefügte Erregung dann verflossen, so fühlt der Kranke sich um so unglücklicher und äussert gern, wie tief ihn das Verfahren der Andern gekränkt habe; auch Selbstmord endet diese Steigerung des schmerzlichen Affectes zuweilen.

Mit einer gewissen Spannung sieht der Lernende dem Augenblick entgegen, wo ihm nach der Schilderung der Krankheit die Mittel zu ihrer Heilung angegeben werden sollen, nur in der Psychiatrie bringt er meistens schon das Vorurtheil mit, dass gegen geistige Störungen kein Mittel gewachsen sei. Aber trotzdem besitzen wir einige mächtige Mittel, deren richtige Anwendung in glücklichster Weise zur Heilung der Psychosen beitragen kann. Ganz besonders erfreulich ist in dieser Hinsicht aber das, was sich über die **Behandlung der Melancholie** sagen und bringen lässt.

Der Grundsatz aller psychischen Therapie erfährt hier seine allgemeinste und weiteste Anwendung; die Verschaffung geistiger und körperlicher Ruhe ist die Aufgabe des Arztes. Er muss den falschen Auffassungen der Umgebung eindringlich entgegentreten und vor allen Dingen diese zur Erkenntniss bringen, dass nicht Laune vorliegt, nicht Bequemlichkeit, Eigensinn oder wie immer das Benehmen des Kranken von ihr bezeichnet werden mag, sondern eine unmöglich von dem Ergriffenen selbst zu unterdrückende oder auch nur zu verringernde krankhafte Verstimmung. Darauf hinzuweisen ist im Anfang der Melancholie um so wichtiger, als die zu

ihrer Entwickelung gehörenden Stimmungsschwankungen auch bei dem bestimmten Hinweis des Arztes auf die krankhafte Grundlage es den Angehörigen besonders erschweren, die richtige Einsicht zu gewinnen; in noch höherem Grade wird dies der Fall sein, wenn die Krankheit auf dem Boden erblicher Belastung aufschiesst und also einen Menschen trifft, der schon von Jugend auf ein eigenthümliches Gebahren gezeigt hat. Ist es nun gelungen, die Verwandten zu der Ueberzeugung zu bringen, dass es sich um Krankheit handle, so gilt es die richtige Art des Umgangs zu bestimmen. Denn eine vielgeschäftige Fürsorge lässt jetzt hunderte kleiner Mittelchen ersinnen, um den Verstimmten auf andere Gedanken zu bringen, ihn abzulenken durch vieles Einreden, durch Zerstreuungen und Reisen; auf das Entschiedenste ist Alles zurückzuweisen, was immer wieder von Neuem in dieser Weise vorgeschlagen und versucht wird. Weil es selten gelingt die Liebe der Angehörigen zu der hier allein richtigen Unthätigkeit zu veranlassen, gehören selbstständige Melancholieen in der Regel so bald wie möglich in die Anstaltsbehandlung, während die nur einleitenden melancholischen Zustände anderer Psychosen nicht so bedingungslos diese Forderung gebieten; bei diesen letzteren würde auch in einer Anstalt der Ausbruch der folgenden Psychose nicht verhindert, auch weniger beeinflusst werden können als eine selbstständig auftretende Melancholie, die bei rechtzeitiger und richtiger Behandlung meistens in Genesung übergeleitet werden kann. Verbieten aber die Umstände die Versetzung des wahren Melancholikers in eine Anstalt, so ist die ärztliche Thätigkeit nicht zum geringsten Theil auf die angedeutete Beeinflussung der Umgebung zu richten. Das Einfachste und Natürliche ist auch hier das Richtigste. Man weise die Andern an, möglichst unbefangen und freundlich zu sein, weder viel zu widersprechen noch einzugehen auf die Klagen, sondern den Hauptwerth auf die theilnehmende, nachsichtige Ausführung aller der vielen kleinen Handlungen zu legen, die das häusliche Leben ausfüllen. Ein stiller Händedruck bewirkt mehr wie eine stundenlange Unterhaltung; die allzugrosse Geschäftigkeit beunruhigt den Melancholischen um so mehr, als er die Vergeblichkeit der angewendeten Mühe zu fühlen meint und sich nun in die krankhaften Vorstellungen versenkt, dass alle jene Zärtlichkeit und Aufmerksamkeit verloren und unnütz sei. Je einfacher und natürlicher die Pflege geschieht, desto weniger Absichtliches sieht der Kranke darin, und um so besser für ihn. Was weibliche Pflege einer Frau und Mutter, einer Tochter hierin leisten kann, ist ja so schön und gross, die Selbstbeherrschung gegenüber den Kranken zeigt sich in so bewundernswürdigem Grade, dass man glauben

möchte, wo die Verhältnisse so günstig liegen, solle man leichte Melancholieen nicht in eine Anstalt schicken. Aber leider gewinnt die Sachlage in der Regel bald ein anderes Aussehen; einmal übersteigt es die Kräfte eines Einzelnen, monatelang gleichmässig ruhig und theilnehmend zu pflegen, wenn das eigene Herz betheiligt ist, andererseits ist es kaum irgendwo durchführbar, die schädigenden sonstigen Reize der Aussenwelt unter häuslichen Verhältnissen ganz fern zu halten. Wo daher eine einsichtsvolle und aufopferungsfähige Pflegerin einen mässigen Grad der Melancholie auf das Schonendste behandelt hat, werden ihre Erfolge nur leider gar zu oft wieder in Frage gestellt durch andere Personen, die den Kranken quälen mit unausgesetztem und unermüdlichem Zureden, und dadurch seine Verschlossenheit, sein abwehrendes Verhalten, seine trübe und verzweiflungsvolle Stimmung, seine Anklagen und Vorwürfe gegen sich nur vermehren.

Am Einfachsten erreicht man noch die nöthige Ruhe für den Kranken, wenn es gelingt ihn zu bewegen im Bett zu bleiben; man entfernt ihn dadurch von den schädlichen Einflüssen des Berufes und übertriebener Zärtlichkeitsbeweise, und gleichzeitig verschafft man auch dem Körper die nöthige Ruhe. Indessen wollen leichter Erkrankte dies meistens nicht, wollen überhaupt noch nicht für so krank gelten; in diesen besonderen Fällen darf man ausnahmsweise einen Aufenthaltswechsel in Begleitung einer guten Pflegerin gestatten; Wohlhabende werden die Form einer Erholungsreise immer vorziehen, und bei Beobachtung der bewährten Regeln muss man zuweilen diesen Wünschen nachgeben.

Im Allgemeinen aber muss man solche Massregeln als Halbheiten ansehen, und je stärker die Krankheit auftritt, je heftigere Angstzufälle hinzukommen und je länger sie sich hinzieht, um so nothwendiger wird die Anstaltsbehandlung. Nicht abzuweisen, im Gegentheil zu verlangen ist sie aber, sobald irgend ein Grund vorliegt, der Selbstmord, Gewaltthat anderer Art oder Nahrungsverweigerung befürchten lässt. Genau genommen ist jeder Melancholische des gelegentlichen Selbstmordversuches verdächtig, und wenn man auch mit dieser Sorge nicht zu weit gehen soll, namentlich die Umgebung nicht zu spionirender Thätigkeit anleiten darf, weil häusliche Verhältnisse einen geplanten Selbstmord niemals verhindern werden, so hat der Arzt diese Gefahr nie aus den Augen zu verlieren und muss rechtzeitig den Schutz der Anstalt in Anspruch nehmen, der allein eine einigermassen genügende Sicherheit ist. Freilich kommen auch hier noch Selbstmorde vor, aber die Grenze der Vorsicht ist doch erreicht und gleichzeitig damit die geregelte Behandlung unter beständiger ärztlicher Aufsicht ermöglicht.

Muss der Kranke in der Familie bleiben, so ist es zu beachten, dass eben wie die Angstgefühle auch die Ausführung der Selbstmordsversuche vorzugsweise in den frühen Morgenstunden stattfindet. Wenn die nöthige beständige Aufsicht in einem Privathause nicht mehr vor sich gehen kann, sind die Angehörigen gezwungen, mechanische Beschränkung der Hände durch Festbinden u. s. w. vorzunehmen. Niemand wird leugnen, dass solche Zwangsmassregeln nothwendig sein können in einem Augenblicke, wo weder Arzt noch Krankenhaus rasch erreichbar sind, und dies ist sicher oft der Fall auf dem Lande; aber es ist dann auch die Pflicht des Arztes die schleunige Ueberführung in eine Anstalt zu verlangen, um der unwürdigen Lage des Kranken ein Ende zu machen, der roh gefesselt sich in steigender Angst befindet. Allerdings ist es dann auch nöthig, dass nicht durch engherzige Verwaltungsvorschriften die Aufnahme in die Anstalt hingezögert werde; gerade diese Tage oder Wochen unnöthigen Zwanges in der Entwicklung oder Höhe der Melancholie sind für den weiteren Verlauf so unendlich schädlich, dass man es als ein schweres Unrecht bezeichnen muss, wenn solchen Kranken der sofortige Eintritt in eine Anstalt verwehrt wird.

Es würde zu weit führen, hier zu entwickeln, wie man Selbstmord in einer guten Irrenanstalt zu verhindern sucht. Nach dem Grundsatze sorgfältiger und beständiger Ueberwachung sind zahlreiche Einrichtungen und Bestimmungen gemacht, deren Beachtung und Durchführung in der That Manches leistet. Aber nur wenn genügend viele und entsprechend eingerichtete Räume vorhanden sind, um die Jammernden und Aengstlichen von einander zu trennen, ist dies der Fall; die Zusammenlegung vieler solcher Unglücklichen ist den meisten von ihnen zum Nachtheil. Freilich gehört auch viel Wartpersonal dazu und ein aufopferungsfähiges. Hierin ist noch viel zu leisten, vor Allem müssen die Mittel nicht beschränkt werden für die Errichtung der Heilabtheilungen und ihre Besetzung mit guten Pflegern. Diese Forderung muss jeder Selbstmord eines Melancholischen in einer Anstalt vermehren, denn bei guter Einrichtung und Aufsicht darf ein Selbstmord in der Aufnahmeabtheilung eigentlich nicht vorkommen; wir sind freilich noch fern von solchem Ziel, aber ein Ideal ist doch erstrebenswerth und wie hier wahrscheinlich meistens erreichbar. Verlässt ein Melancholischer bei sinkendem Affect jene beaufsichtigte Abtheilung und geniesst grössere Freiheiten in der Anstalt, so ist die Sicherheit vor Selbstmord natürlich geringer. Meistens handelt es sich dann aber nicht mehr um heilbare Kranke; die Pflicht, Heilbare vorm Selbstmord zu bewahren, ist sicher die grössere und ihr

können die berührten Einrichtungen genügen. Aber sie bieten auch die Möglichkeit, der Selbstmordneigung bei chronischen in sich versunkenen Kranken entgegenzutreten, deren plötzliche Ausbrüche wir kennen gelernt haben.

Wenn durch anhaltende Bettlage der Forderung nach geistiger und körperlicher Ruhe am Besten entsprochen wird, so hat sich daran die Regelung des Schlafes anzuschliessen, als des wirksamsten Mittels zur Besseruug der krankhaften Vorgänge im ganzen Centralnervensystem. Gewöhnlich greift der Arzt sofort zum Arzneischatz, es wird ja auch von ihm verlangt, dass er etwas thun und verordnen solle; er möge aber bedenken, dass einmal Furcht vor Vergiftung manchen Kranken zurückhalten wird, seine Arzneien zu nehmen, und dass andererseits bei der meist längeren Dauer der Krankheit die fortgesetzte Anwendung medicamentöser Mittel nicht ohne Schaden vertragen wird. Selbstverständlich ist der Arzt zuweilen gezwungen zur Beruhigung ein Arzneimittel, etwa eine Einspritzung zu geben, wenn es sich darum handelt, augenblickliche Aufregung zu unterdrücken und die Ueberführung in eine Anstalt zu ermöglichen. Er wendet dann eben ein Zwangsmittel, kein Heilmittel an; dass es ein chemisches Zwangsmittel ist, klingt moderner, ist aber im Grunde doch dasselbe. Es soll auch nicht die Berechtigung, ja sogar Nothwendigkeit eines solchen Mittels gerade für die Praxis in Frage gestellt werden, aber es soll auch eine häufige Selbsttäuschung des Arztes über sein Handeln im richtigen Licht erscheinen. Von einer medicamentösen Behandlung kann erst die Rede sein, wenn man nach einem einheitlichen Plan in der Darreichung des Arzneimittels verfährt und nicht nur hier und da einzelnen Erscheinungen der Krankheit mit verzettelten Gaben entgegentritt. Die ungenügende Wirksamkeit planlos gereichter Arzneimittel fällt auch dem Kranken selbst bald genug auf, und wird ihm dadurch häufig das Vertrauen zum Arzt und zu anderen wirksamen Behandlungsarten geraubt, die vielleicht noch werthvoller als Arzneimittel sind. Vor allen Dingen lasse der Arzt sich nicht herbei, mit irgend einem der unzähligen wohlklingenden und unbekannten neueren Arzneimittel, deren Wirkung meistens noch durchaus ungenügend bekannt ist, Versuche zu machen, bei denen er mindestens Zeit verliert, vielleicht sogar Schaden anrichtet. Der Schatz erprobter Mittel ist freilich gering, aber gibt doch nach zahlreichen Erfahrungen sicherere Anhaltspunkte für ihre Anwendung. Das beste Beruhigungs- und Schlafmittel bei einem Melancholiker ist Morphium oder Opium, wenn wir auch daran zu denken haben, dass dauernder Schlaf hier nur mittelbar durch Beruhigung des gesammten Nervensystems

hervorgerufen wird. In welcher Form man das Morphium anwenden soll, wird von äusseren Umständen abhängen. In Lösung lässt es sich auch unbemerkt mit der Nahrung geben; wenn aber in Folge dessen diese dem Kranken verdächtigt wird, ist die Einspritzung zu wählen, die ja auch rascher und deutlicher wirkt. Die Gefahr der Morphiumsucht ist wenigstens in einer Anstalt keine grosse, weil der Arzt hier die verwandte Menge ja ganz in der Hand behält. Die regelmässige tägliche Gabe von 1 bis 2 Centigramm wird genügen, eine Steigerung soll aber nicht gern über 3 Centigramm gehen. In Verbindung mit 2 Gramm Chloralhydrat ist das Morphium so namentlich Abends ein wirksames Schlafmittel, während Chloral allein viel weniger nützt und nicht sehr lange Zeit hindurch gegeben werden kann, ohne unangenehme Nebenwirkungen, die besonders in Kopfschmerzen und Benommenheit zu Tage treten und dadurch wieder die Stimmung ungünstig beeinflussen können. Bei weiblichen Kranken wird noch immer dem Opium eine grössere Wirksamkeit als dem Morphium nachgerühmt, und scheint in der That seine methodische Anwendung einige Vorzüge zu besitzen. Länger dauernde ängstliche Unruhe mässigen Grades und allgemeine Blutarmuth bestimmen zur Darreichung des Opiums. Es geschieht dies in Pulverform, und gibt man Opium purum in Mengen von 2 Centigramm zwei oder drei Mal täglich Anfangs, steigt rasch auf das Doppelte und Dreifache in wenigen Tagen, bis man eine merkliche Beruhigung erreicht. Noch grössere Mengen zu geben, empfiehlt sich nicht, weil sonst der Appetit leidet; die anfänglich verstopfende Wirkung verliert sich bald, und die Stühle werden breiig und reichlich.

Neben diesen Mitteln wird man im einzelnen Fall aus besonderen Gründen auch die Benutzung anderer nicht ganz vergessen; im allgemeinen Theil wird man Genaueres darüber finden. Hier soll indessen noch wieder auf einige andere Wege aufmerksam gemacht werden, die zur Beruhigung und zur Erzielung von Schlaf bei Melancholischen angewandt werden können. Dahin gehört z. B. der Gebrauch leichter alkoholischer Getränke, und kann ein leichtes Bier, ein Glas Wein oder ein Grog unter Umständen einen längeren erquickenden Schlaf hervorrufen. Sehr zu empfehlen sind verlängerte warme Bäder, hin und wieder zu ersetzen durch feuchte Einwickelungen. Bei stärkeren Erregungen und Präcordialangst findet die zuletzt genannte Methode allerdings nur eine geringe Ausdehnung, man muss sich dann an die rascher wirkenden Mittel, namentlich an das Morphium halten.

Je schwerer überhaupt die Krankheit auftritt, namentlich auch in den Zuständen tiefer Versunkenheit, wird die unmittelbare Behandlung mit Arzneimitteln von geringeren Erfolgen begleitet, und fällt die Hauptaufgabe der Sorge für gute Ernährung und Durchführung hygienischer Maßregeln zu. Die Nothwendigkeit künstlicher Ernährung ist unter allen Umständen ein entscheidender Grund, den Kranken in eine Anstalt zu bringen, da sie überall sonst zu schwer durchzuführen ist, und weil die Angehörigen der scheinbar grausamen Methode oft mit Misstrauen und Widerstreben entgegenstehen. Näheres über ihre Ausführung findet man im allgemeinen Theil (Seite 245). Die Sorge für kräftige Ernährung auch bei ungestörter Nahrungsaufnahme ist wohl selbstverständlich, aber so wichtig, dass sie auch hier wieder betont werden mag. Daran schliesst sich die Regelung der Verdauung, und können Wassereingiessungen in den Mastdarm sehr empfohlen werden. Ueberhaupt wird der Arzt alle Organe untersuchen und ihren etwaigen Erkrankungen die grösste Aufmersamkeit widmen, immer eingedenk des engen Zusammenhangs körperlicher und geistiger Störungen. Je weniger es ihm aber gelingt unzweifelhafte Angaben des Kranken zu gewinnen, desto sorgfältiger sei seine objective Untersuchung. Endlich hat er seine ganze Sorge noch zu richten auf die allgemeine Wartung und Körperpflege; namentlich dafür, dass der unbewegliche Melancholiker viel in frische Luft gelange und umhergeführt werde, während er den ängstlich Erregten im Bett zu halten versucht. Bei Beiden müssen häufige Bäder die Reinlichkeit unterstützen und die Hautthätigkeit sowie den Blutlauf anregen. Genug, alle Aufgaben der Krankenpflege sind auf das Sorgfältigste zu bewachen und durchzuführen; es werden dabei grosse Anforderungen an die Geduld der Pflegenden gestellt und ist daher ein gutgeschultes Personal zu verlangen; die zur Zeit unter evangelischen Diakonissinnen vielfach noch bestehende Abneigung, Geisteskranke zu pflegen, suche man zu überwinden; die aufopferungsvolle Pflege der katholischen Schwestern kann als ein Sporn dienen. Jedenfalls lässt sich für selbstmordsüchtige, aufgeregte und stumpfe Melancholiker keine bessere Pflegerin denken als eine solche Schwester. Die Befürchtung, dass sie durch zu eifrigen religiösen Zuspruch wieder Schaden anstiften könne, ist wenig begründet, besonders wenn die Schwester oder Pflegerin aus eigener Erfahrung gelernt hat, dass damit wenig erreicht wird, oder wenn ihr klar gemacht ist, dass der krankhaft gebundene Seelenzustand solche Einwirkung der Religion verbietet. Und wenn es dann der sorgsamen Pflegerin gelungen ist, den Kranken über die zahlreichen Gefahren hinwegzuführen, dann

Gesichtstafel I.

Gesichtstafel I.

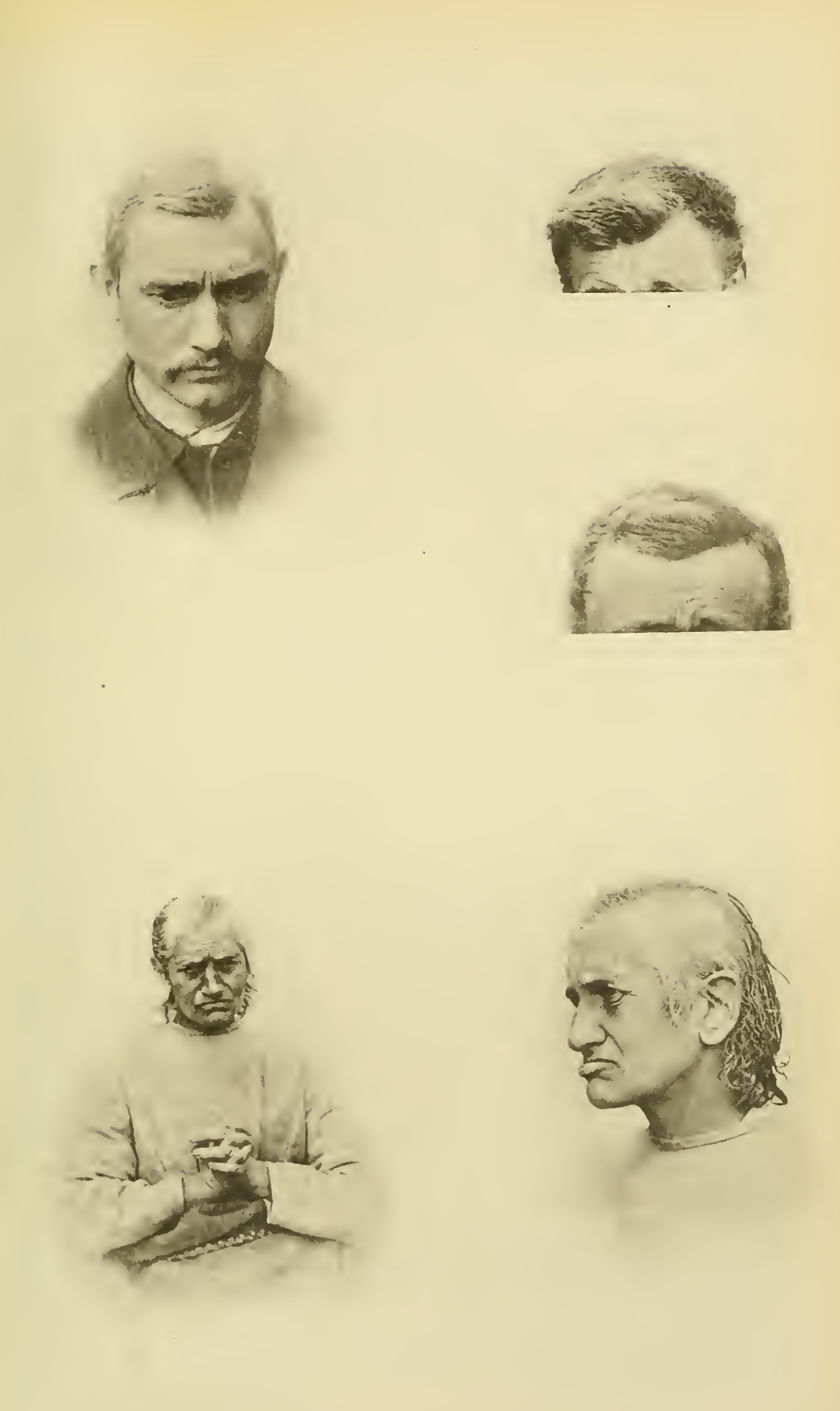
Bei der Betrachtung der Tafeln ist die Vergleichung mit den freigelegten Gesichtsmuskeln in einem anatomischen Atlas sehr zu empfehlen.

Melancholie.

Auf der Stirn des jungen Melancholischen, der geköpft zu werden fürchtet, sieht man deutlich die horizontale Faltung der Stirnhaut nur in der Mitte über der Nasenwurzel; es ist diese Beschränkung der Zusammenziehung des Stirnmuskels auf seine mittleren Bündel ein sehr gewöhnliches Verhalten beim Ausdruck des Kummers, doch zeigt die Stirn des Mannes rechts oben eine völlige Querfurchung; auch hier handelt es sich um eine echte tiefe Melancholie. Ich halte es darum auch nicht für einen Fehler, dass Statuen der Griechen, wie z. B. der Laokoon, eine völlige Querfurchung zeigen.

Ausser dem Stirnmuskel müssen aber noch andere Muskeln wirken, um den zweifellosen Ausdruck des Grams hervorzurufen. Indem beide Augenbrauenrunzler sich zusammenziehen, werden die Augenbrauen einander genähert; dadurch bilden sich senkrechte Furchen über der Nasenwurzel. Weil aber der Stirnmuskel häufig stärker nach Oben wirkt, wird das innere Ende der Augenbrauen zuweilen gehoben; dies zeigt sehr gut die untere Halbfigur, deren Stirn nur einseitig gefaltet ist. (Sie stammt übrigens nicht von einem Melancholischen.) Dann erscheinen auch die oberen Augenlider gewölbt, die sonst meistens matt herabhängen. Dies geschieht auch durch Zusammenziehung des Ringmuskels des Auges, wobei gleichzeitig eine Faltung der Haut am äussern Augenwinkel entsteht; (vgl. das Bild der Frau rechts.) Also die Verbindung der gleichzeitigen Zusammenziehung der genannten drei Muskelgruppen bewirkt den kummervollen Ausdruck der oberen Gesichtshälfte; vielleicht wirkt auch noch durch abgeschwächte Thätigkeit der Pyramidenmuskel der Nase als Grammuskel, indem ihm entgegen die mittleren Bündel des Stirnmuskels dann stärker nach Oben wirken können. Jedenfalls ist die als Gesammtwirkung sich bildende rechtwinklige Furchung der Stirn als Kennzeichen der Melancholie festzuhalten.

Nicht so regelmässig, aber dann wesentlich zur Vermehrung des melancholischen Ausdrucks beitragend, findet sich die starke Ausprägung der Nasenlippenfalten, die der unteren Gesichtshälfte auf dem Bilde der Frau fast allein schon einen kummervollen Zug gibt; hauptsächlich ist dieser aber hervorgerufen durch das Herabziehen der Mundwinkel und die vorgeschobene Unterlippe. Auch Weinende lassen den Mund hängen, wie man sagt. Diese Frau hatte sich in grosser Angst die Haare vom Kopfe gerissen und gescheuert; die gefalteten Hände endlich vermehren ihren angstvollen Gesammtausdruck.





sei es ihr auch unbenommen den Genesenden zu trösten, wenn er dazu ein Bedürfniss zeigt. Denn in der Reconvalescenz, aber auch nur dann, können die Tröstungen der Religion heilen, und wird der Arzt dann den geistlichen Beistand nicht zurückweisen, wenn er geboten wird. Ueberhaupt tritt in der Reconvalescenz die psychische positive Behandlung wieder in ihr volles Recht; ängstliche Wahnvorstellungen dürfen jetzt durch Vernunftgründe erschüttert werden; hilft die Logik dabei auch nicht viel, so ist der Genesende doch empfänglich für die wohlwollenden Bemühungen, und gewinnt er in dem noch schwankenden Gemüth rascher den nöthigen Halt, wenn er sich von Andern unterstützt fühlt.

Eine schwer zu beantwortende Frage ist nun noch die, ob ein genesender Melancholischer möglichst früh oder spät aus der Anstalt entlassen werden soll. Meistens wird der Hausarzt seinen Einfluss dahin zu richten haben, dass er warnt vor zu raschem Verlassen der Anstalt, weil die Gefahr des Selbstmords durch unerwartete Angstanfälle immer noch wieder heraufbeschworen werden kann; erst die volle Genesung gibt volle Sicherheit. Immerhin aber werden in einzelnen Fällen die Verhältnisse so liegen, dass der Hausarzt den Wunsch der Angehörigen nach Entlassung, wenn er mit dem des Recovalescenten zusammentrifft, befürworten darf; wenn eine Familie dadurch frühzeitiger ihren Ernährer wiedererhält, und dieser in der Befriedigung der Fürsorge für seine Angehörigen eine Beruhigung finden kann, die seine Genesung beschleunigt; überhaupt wenn eine befriedigende Thätigkeit den Reconvalescenten zu Hause erwartet. Auch kann es erwünscht sein, einen Wohlhabenden in bessere klimatische Verhältnisse zu bringen, als die heimatliche Anstalt ihm bietet; hat er sich an einem anderen Ort völlig erholt, so ist ihm der Eintritt in den früheren Kreis und Beruf von da aus erleichtert, denn ein Vorurtheil gegen entlassene Kranke besteht nun einmal überall noch; hat aber der Genesene erst eine Art Probe seiner Gesundheit in anderen Verhältnissen abgelegt, so kommt man ihm auch zu Hause mit mehr Vertrauen entgegen. Die Angehörigen ermahne man aber auch jetzt wieder, wohl mit Schonung, aber doch möglichst unbefangen das wiedergewonnene Mitglied der Familie zu empfangen, und mit ihm zu verkehren, als sei es die frühere Person. Darum darf man auch über die überstandene Krankheit sprechen, denn der Genesene thut dies nicht ungern und zeigt für genossene Pflege und liebevolle Behandlung nachträglich noch echte Dankbarkeit. Kehrt ein Melancholischer aber nicht genesen, sondern nur beruhigt heim, so hat man ihn als Kranken anzusehen und in früher besprochener Weise mit ihm umzugehen.

B. Manie.

Im Gegensatz zu der gedrückten Stimmung des Melancholischen bildet eine krankhaft gehobene Gefühls-Stimmung die Grundlage für das Krankheitsbild der Manie, wobei jene Stimmung in den verschiedensten Graden von leichter Heiterkeit bis zu heftigem Zorn hervortreten kann; begleitet wird sie regelmässig von erleichtertem Ablauf der Vorstellungen und mehr oder weniger beschleunigter Umsetzung geistiger Erregungszustände in Handlungen, während Störungen des Bewusstseins, darunter auch Sinnestäuschungen, meistens nur in den höheren Graden des Krankheitszustandes festgestellt werden können, wo sie aber desto mächtiger die Scene beherrschen. Es muss betont werden, dass in der selbstständig auftretenden Manie Stimmung, Vorstellungsverlauf und die Ungebundenheit in Bewegungen und Handlungen auf demselben krankhaften Boden neben einander entstehen, nicht nur in psychologischer Abhängigkeit von einander, so dass die heitere Stimmung z. B. nicht nur aus dem erleichterten Vorstellungsverlauf sich ableitet; wahrscheinlich werden Blutüberfüllung und Störungen im chemischen Stoffwechsel der Hirnrinde diese gemeinsame anatomische Grundlage sein. Gewiss wird der erleichterte Ablauf der Gedanken oft für den Kranken zu einem wichtigen Zuwachs von Lustgefühlen, und die heitere Stimmungslage dadurch bei ihm unterstützt; aber Stimmung und Gedankenablauf gehen zuweilen als unvergleichbare Grössen neben einander, also Gedanken können sich drängen ohne begleitende heitere Stimmung, wie wir schon bei Betrachtung der Melancholie erfahren haben; und wir wissen auch, dass ein Angetrunkener recht lustig sein kann, obwohl von raschen Gedankenverbindungen schon gar nicht mehr bei ihm die Rede ist. Diese gelegentliche Unabhängigkeit der Erscheinungen von einander, schliesst ihr gleichzeitiges und gleichwerthiges Auftreten ja auch keineswegs aus; nur sollen wir nicht vergessen, dass ein gemeinsamer Vorgang zu Grunde liegt, der in verschiedener Stärke bald hier bald dort in der Hirnrinde seinen Ort hat, sei es nun ein Wechsel der Blutmenge, ein chemischer Stoffwechsel oder eine entzündliche Reizung. Die Manie ist organisch begründet, wenn es auch nicht oft gelingt, dies zweifellos nachzuweisen und es daher üblich ist, sie eine functionelle Krankheit zu

nennen. Je hemmungsloser die geistigen Vorgänge und die daraus entspringenden Handlungen ablaufen, um so mehr schlägt die anfänglich heitere Stimmung in eine heftige, ja zornige Aufregung um, bei der schliesslich sogar eine Trübung des Bewusstseins eintritt; wenn auch bis zu einem gewissen Grade der Kranke als Zuschauer seines eigenen Krankheitszustandes, bei steigender Unfähigkeit die rastlose Beweglichkeit zu hemmen, eine Art Unlustgefühl empfinden mag, das in der heftigen Stimmung zum Ausdruck gelangt, so beweisen doch die später ohne klares Bewusstsein vollführten Handlungen, dass der Reizzustand des Gehirns allein ohne psychologische Zwischenglieder die treibende Kraft ist, welche jene Vorgänge auslöst.

Mehr Berechtigung zu einer wesentlich psychologischen Erklärung bieten einige der Erscheinungen, die als einleitende der Manie vorausgehen; ziemlich regelmässig sind die Vorläufer der eigentlichen **leichteren maniakalischen Erregung** nämlich von einer trüben Stimmung begleitet, die ungezwungen als Ausdruck für das Gefühl der sich entwickelnden, fremdartigen und daher dem Betroffenen unverständlichen und peinlichen Reize angesehen werden darf. Die melancholische Einleitung der Manie ist nun zuweilen nicht von einer leichteren selbstständig bleibenden Melancholie zu unterscheiden; der Kranke ist still, gedrückt, übt seinen Beruf unmuthig und zögernd aus. Allgemeine Mattigkeit und ungenügender Schlaf gehen mit Verdauungsstörungen und Abmagerung einher. Ein Druck im Kopf lässt die Befürchtung einer schwereren Krankheit schon im Kranken selbst auftauchen und ihn nur mit Hoffnungslosigkeit in die Zukunft sehen.

Um so freudiger sieht er selbst und seine Umgebung dann nach Verlauf von durchschnittlich einigen Wochen diesen Zustand schwinden und glauben sie Alle, dass die drohende Krankheit beendet sei oder abnehme, um so mehr als mit der Lust zur Arbeit, der zufriedeneren Stimmung jetzt auch das Aussehen ein gutes ist, so dass die meistens schon vorhandene oder gar zunehmende Abnahme in der Ernährung leicht übersehen wird. Aber bald wird es wenigstens der Umgebung klarer, dass jener Umschwung nur den Anfang einer Reihe anderer krankhaften Erscheinungen bedeute. Gewöhnlich fällt zuerst die grössere Gesprächigkeit auf, die auch in gesunden Tagen nicht so gross war. Die Theilnahme an dem, was in der Umgebung vorgeht, ist anscheinend viel lebendiger als früher. Jetzt geht der früher am Liebsten still zu Hause Sitzende häufig aus, macht viele Besuche bei Fremden und Bekannten, ohne Rücksicht auf deren Zeit und Beschäftigung; die Unterhaltung ist mehr und mehr nur ein

fortwährendes einseitiges Sprechen, eine Antwort wird nicht verlangt oder erwartet, sondern selbst gegeben, Fragen werden überhört oder nur spielend leichthin berührt. Die erleichterte Verbindung und der beschleunigte Ablauf der Vorstellungen lassen im Gespräch jetzt schlagende und überraschende Wendungen auftauchen, die sonst wohl erst mühsam gesucht werden mussten; sogar Reime und Verse fügen sich zusammen, so dass der früher Bescheidene in einer Gesellschaft plötzlich zum Schönredner wird, der in den leichteren Graden der Erregung witzsprühend und geistreich erscheint, an der Tafelrunde poetisch aus dem Stegreif spricht und von den Meisten bewundert wird wegen seines neuen Talents, das bis dahin geschlummert habe; dass eine krankhafte Erregung zu Grunde liegt, ahnen oft nur Wenige; wenn einmal eine spitze Bemerkung fällt, der Faden im Gespräche verloren geht, so ist in einem fröhlichen Kreise leicht eine Erklärung und Entschuldigung gefunden in der Weinlaune, die ja auch noch hinzukommen mag; denn die Erregbarkeit des Gehirns zeigt sich gerade darin schon sehr früh, dass sehr geringe Mengen von Spirituosen genügen, um eine sonst erst langsamer auftretende Erregung hervorzurufen.

Im täglichen Leben aber kommen nun doch schon manche Zeichen hinzu, die der Umgebung rascher die Augen öffnen; nicht nur die Gesprächigkeit wird als Redseligkeit, die Schlagfertigkeit als Dreistigkeit ohne Ueberlegung erkannt, sondern vor Allem fällt die rastlose Thätigkeit auf; das Gefühl grosser, immer grösser werdender Leistungsfähigkeit veranlasst den Kranken Pläne auf Pläne zu schmieden, ohne dass der eben begonnene ruhig und stetig zur Ausführung gebracht werden könnte. Dazu schreibt er Briefe in ungeheurer Zahl und von grossem Umfange; ihre Form lässt die flüchtige Abfassung vielfach deutlich erkennen; grosse Züge eilen rasch in kühnen Schwüngen über das Papier, kräftige Striche und Unterstreichungen häufen sich übermässig, und der Inhalt entspricht dem Gedankengang, obwohl vielfach noch die Zucht der langsameren Schreibevorstellung den Inhalt zügelt.

Aber auch jetzt noch lässt sich Mancher täuschen und bewundert wohl gar den kühnen Schwung der Gedanken trotz verschiedener Ueberschreitungen der Sitte und des Anstands, die sich schon dabei zeigen; es lässt sich auch nicht leugnen, dass wenn irgendwo bei Geisteskranken, gerade in der leichteren maniakalischen Erregung die schwungvolle Phantasie eine anziehende Erscheinung sein kann. Freilich betrachtet der Arzt die Phantasie des Irren mit ganz andern Augen als der Dichter, Schauspieler oder Künstler; er

findet verhältnissmässig doch nur wenig von wirklicher glänzender Einbildungskraft. Man muss vor Allem bedenken, dass die geistige Thätigkeit dieser Kranken nicht in den herkömmlichen Bahnen verläuft; dass sie sich in der Regel nicht darum kümmern, ob sie für närrisch oder sonderbar gehalten werden, dass sie die feineren Rücksichten auf den geselligen Anstand verloren haben und ohne Bedenken Peinliches oder Gemeines aussprechen. Das geistige Leben scheint sich in Aufruhr zu befinden, und im reissenden Fluss der Worte werden sonderbare Verbindungen geknüpft. Die Einbildungskraft des Kranken arbeitet absichtslos und ungezügelt. Er schaut gleichsam müssig zu, wie seine Vorstellungen sich selbst anordnen, je nachdem sie durch Eindrücke des einen oder anderen Sinnes ausgelöst werden. Der Blick des Kranken deutet auch zu Zeiten auf einen Zustand dichterischer Verzückung hin, und nach der Genesung erhält man wunderbare traumartige Erlebnisse von manchen Kranken berichtet.

Die schnelle Wortverbindung, das Witzeln und Reimen fordern noch zum Verweilen in diesem Zusammenhang auf. In der Manie vermag man die Wege zu verfolgen, auf welchen Vorstellungen und Worte geistig verknüpft werden, weil die bewusste Auswahl unter den Verbindungen der Eindrücke und Gedanken fehlt, der Kranke wie willenlos dem Spiel seiner Vorstellungen überlassen ist, das er nicht ruhig mehr überschaut. Ueber diese Art der Gedankenverbindung gewährt die genauere Betrachtung des Sprechens in der Manie einigen Aufschluss. Es gibt zwei verschiedene Weisen der Verbindung, nämlich die nach dem Wortanklang und die nach der Begriffsverwandtschaft. So fängt ein Kranker, der das Tönen einer Schelle hört, mit Worten wie Welle, Felle, Kelle, Hölle zu reimen an; ein anderer, der bei Jemandem einen Ring am Finger erblickt, kommt von Ring auf Ding, sing und ähnliche Wortanklänge. Die andere Art der Verbindung ist die nach der Aehnlichkeit der Begriffe, so dass ein Personenname, der an den Begriff Fisch erinnert, den Kranken rasch auf Schellfische, Austern und Fischereiausstellungen bringt, irgend eine entfernte Aehnlichkeit im Aeussern einer Person, z. B. mit einer berühmten Tagesgrösse, zwingt ihn deren Namen zu nennen und daran weitläufige Faseleien über geschichtliche Erinnerungen und Beziehungen zu knüpfen. Am Gewöhnlichsten ist jedenfalls eine Vereinigung beider Verbindungsarten. Der Kranke sagt: dies Haus ist aus Holz und Stein; Steinkohlen und Holz sind Brennmaterialien; das Feuer ist heiss u. s. w. Durch derartige Gedankensprünge verliert der beschleunigte Vorstellungsverlauf scheinbar oft seinen innern Zusammenhang und löst sich in eine lockere Reihe bunt durcheinander

gewürfelter Bestandtheile auf; die Betrachtung der Sprechweise gibt uns aber einen kleinen Einblick darin, dass diese sogenannte Ideenflucht nicht ganz ohne innern Zusammenhang geschieht; nur unsere Kenntniss der Verbindung der Vorstellungsglieder ist eine durchaus ungenügende, wir merken nur bruchstückweise den Gedankenaufbau im Geiste des Kranken. Wie im Traume die kühnsten Gedankensprünge an uns vorüberziehen, ohne in uns die leiseste Empfindung ihrer Ungereimtheit zu erwecken, so mag es sich bei einem maniakalischen Kranken ähnlich verhalten. Für den Kranken sind die Vorgänge in seinem Geiste in der Regel vollkommen erklärlich, und im Allgemeinen ist die Zusammenhangslosigkeit vielmehr als ein Beweis für den raschen Wechsel der Vorstellungen, denn als eine Reihenfolge gänzlich getrennter und unzusammenhängender Gedanken zu betrachten.

Bei einer Ideenflucht mässigen Grades ist die Stimmung vorwiegend eine heitere. Dass ihm die Gedanken ohne jede Anstrengung, von selbst kommen, erhöht das Wohlbehagen des Kranken und lässt ihn freudig und zuversichtlich in die Zukunft sehen. Doch ist diese Stimmung nicht lange eine gleichmässige, denn schon vorsichtiges Widersprechen oder Hinderung in der Ausführung der Pläne genügen, ein heftiges Auftreten und Hervorplatzen gereizter Stimmung zu bewirken. Freilich haften auch diese Eindrücke, wie alle andern, wieder nur sehr kurz, und die Lustigkeit bricht meistens rasch wieder durch. Wieder kommt er vom Hundertsten ins Tausendste, vergisst, was er hat sagen und thun wollen. Diese schwankende Gemüthslage und Reizbarkeit wird für die Angehörigen ein Beweis des krankhaften Zustandes, wenn sie noch Zweifel hatten, weil jetzt grössere Schwierigkeiten im Umgang sich geltend machen. Wenn die Kranken durchaus keinen Widerspruch mehr vertragen, ohne zu schimpfen und zu lärmen, dabei auch wohl in maassloser Heftigkeit Kleider und Möbel zerstören oder um sich schlagen, ist die Geduld erschöpft, und die Angehörigen suchen den Arzt, oder beginnen jetzt das Verkehrteste, suchen den Kranken noch zu überzeugen und gütlich zu beruhigen, bis die Noth sie zwingt, ihn einer Anstalt zu übergeben oder im eigenen Hause zu fesseln. Indessen sind es durchaus nicht immer äussere Veranlassungen, die den Zorn der Kranken erregen, sondern durchaus unvermittelt, aus dem Wesen des Krankheitsvorganges heraus, schiebt sich oft in die ausgelassenste Heiterkeit ein Ausbruch zorniger Gereiztheit, der dann wie schon erwähnt aber meistens rasch wieder in den früheren Zustand übergeht, wenn er keine Nahrung in dem Verhalten der Umgebung findet. In ähnlicher Weise beobachtet man

auch in dieser Zeit wieder sehr häufig eine vorübergehende traurige Verstimmung, mit heftigem Weinen und Jammern, für die nicht die geringste äussere Veranlassung zu finden ist; auch sie geht rasch vorüber, und der vorwiegende *Grundton der Stimmung* bleibt *ein heiterer*.

Neben den Erscheinungen einer *beginnenden* schwereren *oder* überhaupt nur *in mässiger* Höhe *bleibenden maniakalischen Erregung*, die sich vorzugsweise im sprachlichen Ausdruck erkennen lassen, nehmen die *Geberden* bald immer mehr das Interesse des Beobachters in Anspruch, einerseits das Mienenspiel für sich, andererseits als Begleiterinnen der Triebe und Handlungen. Das *Mienenspiel* ist ein lebhaftes und bewegliches, das Auge glänzend, die Gesichtshaut oft geröthet; anfänglich kann man noch zweifelhaft sein, ob der Kranke im Stande ist, den Gesichtsausdruck zu beherrschen, auf der Höhe der Krankheit wird es immer deutlicher, dass er dies nicht vermag; im Gegentheil laufen Verzerrungen und selbst *Zuckungen* mit dem Zunehmen der Erregung einher, und wird es zweifellos, dass das Mienenspiel ebenso wie die Triebe und Handlungen nicht nur hemmungslos, sondern sogar als unmittelbare Folge von Reizzuständen der Hirnrinde von Statten geht. Doch wir dürfen mit einer genaueren Schilderung dieser Erscheinungen noch nicht an dem Krankheitsbilde vorauseilen, das uns einstweilen noch beschäftigt. In der *leichten Manie* fliessen alle lebhaften Geberden noch aus der allerdings sehr leichten Erregbarkeit, aber das Triebartige kann vielfach noch geregelt und gezügelt werden. Ebenso bewegt sich die äussere Thätigkeit vielfach noch in den gebräuchlichen Bahnen; auffällig ist z. B. das viele *Umhergehen*, doch verbirgt der Kranke die Unruhe gern mit dem Vorgeben, dass Spazierengehen durchaus nöthig und sehr gesund sei, und läuft dann stundenlang im Freien herum. Ein anderer macht grosse Reisen, tollkühne Wasserfahrten, anstrengende Bergbesteigungen und findet bei seinen Unternehmungen und Kraftleistungen Bewunderung. Harmloser äussert sich die *motorische Unruhe* durch zweckloses Ein- und Auspacken von Bücherschränken, immer erneutes Aufstöbern alter Papiere unter dem Vorwande, man müsse Ordnung schaffen.

Frauen beschäftigen sich auch mit ihrer Toilette, ändern täglich die Anordnung ihrer Haare. Mit diesem Bewegungstriebe mischt sich hier bald eine grössere *Gefallsucht*; sie putzen und kleiden sich phantastisch, Blumen und Bänder werden hervorgesucht, die Haltung wird immer selbstgefälliger und oft gesellt sich dazu die Neigung, mit körperlichen und geistigen Eigenschaften zu glänzen, namentlich vor grösseren Versammlungen durch Gesang und Schauspiel. Dabei drängt

sich beim weiblichen Geschlecht schon frühzeitig der Geschlechtstrieb in den Vordergrund. Die angelernte Sitte beherrscht sein unverhülltes Vordrängen noch insofern, als er sich oft noch verbirgt unter andern Formen; so ist die Verdächtigung anderer Weiber ein solcher Deckmantel, ferner die Neigung, mit dem Arzt bei jeder Gelegenheit über die Menstruation zu reden oder von der Farbe und dem Geruch des Urins. Mit einer gewissen Vorliebe verbindet sich mit diesem Gesprächsstoff sehr oft eine übertriebene Beschäftigung mit religiösen Uebungen. Später tritt die Erregung noch offener zu Tage durch unverhehlte Liebesbezeugungen, schliesslich durch schamlose Anerbietungen zu geschlechtlichem Verkehr. Bei Männern wird von der gleichen Erregung wohl nur weniger bemerkt, weil sie ihre Befriedigung ohne Mühe in Bordellen erreichen können; aber damit nicht genug überträgt sich auch bei ihnen derselbe Trieb in Haltung und Gespräch, besonders fällt die Neigung zu Zweideutigkeiten und Zoten in der Unterhaltung auf. Mehr im Verborgenen bleibt der Hang zum Masturbiren bei beiden Geschlechtern; zuweilen lässt die Scheu vor Entdeckung der gesteigerten Geschlechtstriebe auch verborgene Ausübung anderer Abweichungen der normalen Befriedigung zu Stande kommen. In geringeren Erregungsgraden bleibt es bei Putzsucht, Lesen schlüpfriger Romane, zärtlichem Anschauen und Versuchen, den Körper von Personen des andern Geschlechts zu berühren oder nur ihre Kleider zu streifen. Männer reden wohl fremde anständige Damen auf der Strasse an oder fallen auf durch ausgesuchte Zuvorkommenheiten im Verkehr mit Frauen.

Wenn man bei Männern in dieser Zeit oft übertriebenem Genuss von Spirituosen begegnet und Ausschreitungen dabei etwas Häufiges sind, so ist man nicht berechtigt, von einem eigentlichen Trieb zum Trinken zu reden, wie er z. B. auf neurasthenischer und anderer Grundlage thatsächlich vorkommt und dann mit dem Namen Dipsomanie bezeichnet zu werden pflegt. Meistens ist die Gelegenheit der Grund des Trinkens, da der Maniakalische Gesellschaft sucht und seiner ganzen Stimmung ihre Steigerung durch alkoholische Getränke entspricht. Meistens bedarf es ja auch nur sehr geringer Mengen, um eine solche Steigerung hervorzurufen, so dass die Handlungen bei diesen Ausschreitungen selten in einem Verhältniss zu der Menge des genossenen Alkohols stehen.

Ebenso wenig kann man von einem Triebe zum Sammeln sprechen, wenn man damit eine Thätigkeit bezeichnen will, die unabhängig vom Willen aus unmittelbaren psychomotorischen Reizen vor sich geht; zwar sind auch keine Wahnvorstellungen als etwaige Mittel-

glieder anzusehen, sondern das Fortnehmen, selbst Stehlen beliebiger Sachen ist ein Ausdruck der Unruhe, die in dem zwecklosen Ergreifen solcher Gegenstände darum auch keine weitere Befriedigung findet.

Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sind in den geringeren Graden der Manie überhaupt selten; wenn Personenverwechslung vorkommt, so ist diese in der Regel durch die Flüchtigkeit der Beobachtung bedingt, so dass irgend eine theilweise Aehnlichkeit schon genügt, um die Täuschung zu begründen. Ebenso werden Geräusche leicht zu bestimmten Vorstellungen verarbeitet; es handelt sich also um Illusionen, um Verfälschungen wirklicher Eindrücke durch die Auffassung, nicht um periphere oder centrale Hallucinationen.

Obwohl alle diese Erscheinungen eine gesteigerte Thätigkeit des Nervensystems beweisen, und anfänglich ein beschleunigter Stoffwechsel das Gefühl allgemeinen Wohlbehagens unterstützt, so pflegen Einnahmen und Verbrauch bald nicht mehr im Einklang zu stehen; der erregte Kranke vergisst ausserdem auch häufig genug Hunger und Durst, wählt seine Nahrung unzweckmässig, und besonders der meistens ungenügende Schlaf trägt dann dazu bei, dass im Sinken des Körpergewichtes schliesslich die ungenügende Ernährung kenntlich wird. Das Prahlen mit Urgesundheit, gewaltiger Körperkraft ist ein hohles; fehlt auch das Gefühl der Ermüdung selbst nach grossen körperlichen Ueberanstrengungen, so ist doch gerade die nun wieder mehr gesteigerte Erregbarkeit ein Zeichen der Erschöpfung der Nervenkraft. Immerhin aber ist die scheinbar grössere körperliche Leistungsfähigkeit oft eine nicht unbedeutende; die Bewegungen sind sicher und schnell, die Gewandtheit gross, die Kraft ist aber, trotzdem der prahlerische Kranke Alles bewegen will, keine unmässige.

Der Puls ist mässig beschleunigt; dem Kräftezustand entsprechend, voller oder schwächer.

Im Urin ist eine Verminderung der Phosphorsäure nachzuweisen.

Die Menstruation setzt vielfach aus, jedoch scheint ihr Verhalten ein so wechselndes in der Manie, dass daraus keine besonderen Schlüsse gezogen werden können.

Bis hierher haben wir nur die Erscheinungen entwickelt, die den leichteren Graden der selbstständigen Manie zukommen. Die Krankheit kann jetzt einige Wochen oder Monate mit Schwankungen im Ganzen auf der geschilderten Höhe bleiben und dann allmählich in Genesung übergehen, sehr selten sich verschleppen, oder zu dem Krankheitsbilde führen, welches nach dem starken Hervortreten der

masslosen ungebundenen motorischen Erregung vielfach als Tobsucht im eigentlichen Sinne des Wortes bezeichnet wird. Da aber auch andere Geisteskranke, besonders Melancholische im Angstanfalle toben, wollen wir lieber die Bezeichnung Manie benutzen, da mit Berücksichtigung der verschiedenen Heftigkeit der einzelnen Erscheinungen den **stärkeren maniakalischen Erregungszuständen** im Wesentlichen dieselben Zeichen zukommen, wie den bisher geschilderten geringeren Graden. Doch ist zu bemerken, dass die schwere Manie nach dem einleitenden melancholischen Stadium die geringeren Grade der Erregung meistens viel rascher durcheilt, und das eigentliche Krankheitsbild sich in der Regel dann schnell zur völligen Höhe abwickelt. Zweifel an der Krankheit sind darum kaum möglich, auch die melancholischen Vorläufer sind ausgeprägter, ja es besteht meistens eine feste Beziehung zu ihnen in dem Sinne, dass je länger und tiefer die gedrückte Stimmung war, desto grösser die Dauer und Heftigkeit der folgenden Manie wird.

Während die vorwiegend heitere Stimmung der leichteren Manie einem sehr wechselnden Verhalten Platz macht, lässt der Kranke in allen Erscheinungen viel deutlicher die unmittelbaren Aeusserungen des Reizzustandes der Hirnrinde erkennen. Daher treten die psychomotorischen Bewegungen ganz in den Vordergrund, und auch die jetzt zahlreich werdenden Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen treten völlig unvermittelt durch Erklärungen oder Versuche ihrer Begründung in Erscheinung. Wenn auch nur die allerhöchsten Grade dieser Manie von einzelnen dauernderen anatomischen Veränderungen im Gehirn begleitet sind, so zeigen doch in einigen Fällen manche körperliche Begleiterscheinungen, wie Puls und Temperaturerhöhung den starken Reizzustand des Nervensystems, bei dem chemische Zersetzungsvorgänge in demselben vorausgesetzt werden müssen. Daher berechtigen auch diese wenigen Fälle nicht zu der Ausscheidung einer besonderen Gruppe, die unter dem Namen Delirium acutum von der functionellen einfachen Manie abgegrenzt werden könnte. Ebenfalls wage ich es nicht auf Grund des allerdings sehr häufig ganz vorzugsweisen Hervortretens von Sinnestäuschungen eine Gruppe als zur sogenannten hallucinatorischen Verwirrtheit gehörig festzuhalten, denn dieser Erscheinungsform der Manie kommen auch die motorische Ungebundenheit mit triebartigen Handlungen, der gewaltig wechselnde Stimmungswechsel, zuweilen mit gehobenem Selbstgefühl, sowie der erleichterte Vorstellungsablauf zu. Daher erfordert eine einheitliche Auffassung das Zusammenhalten aller Erscheinungen; mit dem Schlagwort der

hallucinatorischen Verwirrtheit wird man dem Eingeweihten allerdings sehr gut den Zustand kurz kennzeichnen, der Lernende aber hat bei solchem Auseinanderreissen zusammengehöriger Bilder keinen Nutzen, um so weniger als ihm für diese besondere Gruppe bestimmte anatomische Grundlagen nicht nachgewiesen werden können. Hierzu muss auch noch bemerkt werden, dass eine Verwischung der Unterschiede von Melancholie und Manie durch Aufstellung jener Krankheitsgruppen geschieht, denn auch bei melancholischer Grundstimmung finden wir in ähnlicher Weise zuweilen massenhafte Sinnestäuschungen und auch zuweilen anatomische Veränderungen, die in schweren Graden der Krankheitserscheinungen denn auch veranlasst haben, z. B. ein Delirium acutum melancholicum aufzustellen.

Die schwere Manie zeigt also *auf ihrer Entwicklungshöhe* eine *gewaltige motorische Unruhe*. Der Bewegungsdrang der Kranken kommt in völlig *ungeordneten* Bewegungen zur Entladung. Von Handlungen mit bestimmtem, wenn auch krankhaftem Zweck, von Plänen und Absichten und einem Anlauf zu deren Ausführung ist überhaupt nicht mehr die Rede. Völlige *Rücksichtslosigkeit* der Bewegungen und Handlungen, rastloses, Tag und Nacht gleichbleibendes Thun und Treiben, ein dreistes und gewaltthätiges Streben, das sich an Alles wagt, sind die Kennzeichen dieser motorischen Erregung, wobei der Kranke mit Heftigkeit gegen jedes Hinderniss anstürmt und ohne irgend eine Erwägung der Folgen sich in zwecklosen und ausschweifenden Handlungen Luft macht; Reconvalescenten oder noch einigermassen besinnliche Kranke machen im Anfall selbst dann wohl gelegentlich die Aeusserung, dass sie *nicht anders können*, dass sie springen, tanzen oder zerreissen *müssen*; die Beherrschung der Bewegungen liegt garnicht in ihrer Macht, sie gehorchen einem unwiderstehlichen Zwange. Eine Steigerung erfährt diese tobende Wuth durch die Nothwendigkeit der Freiheitsbeschränkung, daher Fenster und Thüren vielfach zum Angriff gewählt werden. Wenn aber eine massvolle Beschränkung stattfindet, die namentlich dafür sorgt, dass zerstörbare Gegenstände gar nicht in erreichbarer Nähe sind, so macht sich die motorische Erregung oft noch in harmloserer Weise Luft. Bald lachend, bald weinend, dazwischen singend und pfeifend, in die Hände klatschend, springt und tanzt der Kranke im Zimmer herum, putzt und wischt am Boden, an den Wänden und Fenstern, spuckt dahin, wischt das Nasse ab; bei ungenügender Aufsicht wäscht er mit seinem Urin; dann poltert und trommelt er wieder an der Thür, schlägt auf den Tisch, wirft eine Bank um und wirbelt sich in raschen Drehungen umher, heiter auflachend und kreischend.

Bald stösst er andere Personen um, nimmt ihnen ein Geschirr oder eine Speise aus der Hand, nur um sie sofort wieder wegzuwerfen. Oder er kleidet sich blitzschnell aus und wieder an, zerschlitzt seinen Anzug oder sein Bettzeug in schmale Streifen, um sie hundertfältig verknotet und verschlungen phantastisch an seinem Körper wieder anzubringen. Ein Turban aus Zeugflicken oder gedrehten Strohbündeln schmückt das Haupt, die Kleidungsstücke werden in umgekehrter Reihenfolge angelegt, so dass das Hemd als flatternder Mantel zur Zierde wird, ein Unterrock muss die Schleppe ersetzen, Schuh und Strümpfe fliegen umher, werden fortgestossen, wieder aufgesammelt und ein lustiges Ballspiel mit ihnen getrieben. Blätter und Reisig stecken in jedem Knopfloch, wenn sie nicht bald zerpflückt am Boden liegen. Alle irgend erreichbaren Gegenstände werden gern in ihre Bestandtheile zerlegt, um dann zu neuen Gebilden verschiedenster Art wieder zusammengesetzt zu werden. Alle möglichen unnützen Dinge, Steine, Holzstückchen, Glasscherben, Nägel, dürres Laub, Papierfetzen, Zeugreste, Garn, Löffel und Gabeln, was ihm in den Weg kommt, sogar Speisereste sammelt der Kranke eifrig, füllt damit seine Taschen, versteckt sie unter den Kleidern entweder zwecklos oder um sie bei der nächsten Gelegenheit zu allerlei kleinen Thorheiten und Beschäftigungen zu verwenden. Damit werden dann Wände, Möbel und Fenster zerkratzt oder beklebt, Malereien oder Schriftzeichen am Boden oder den Tischen entworfen. Aus gekautem Brot oder andern weichen Stoffen entstehen plastische Kunstwerke von sehr zweifelhaftem Werth. Immer erfinderisch, immer geschäftig bringt der Kranke stets neue derartige Pläne zur Ausführung, sich selbst und seine Geschicklichkeit auf das Höchste bewundernd. Dabei steht er gewöhnlich noch über dem Tumulte und bemerkt vielleicht ironisch, wenn man seiner Ungebühr entgegentritt, ihm sei Alles erlaubt, er sei ja ein Verrückter, ein Narr.

So kann das Hasten und Jagen ohne Gefühl der Ermüdung wochenlang dauern, kaum für Stunden durch einen unruhigen Schlaf unterbrochen oder durch ein minutenlanges abgeschwächteres Toben, da Erschöpfung sich geltend macht. Die Ideenflucht ist häufig verwischt, aber geht doch unzweifelhaft aus manchen Reden und Worten hervor; jetzt steigert sich die Verworrenheit zu den höchsten Graden, weil das so wie so schon überfüllte Bewusstsein sehr oft noch durch zahlreiche Sinnestäuschungen immer neue Eindrücke zugeführt erhält. Diese sind sehr beweglich und veränderlich, vorwiegend angenehmen Inhaltes, entsprechend der freudigen Stimmung, aber doch auch sehr oft abgelöst von schreckhaften; diesem schwan-

kenden Inhalt ähnlich begleitet die Sinnestäuschungen ein auffallend rascher häufiger Stimmungswechsel. Echte centrale Hallucinationen, besonders im Gesichtssinn stellen sich ein; es erscheinen häufig ganze Reihen von Gestalten, Menschen, die im buntem Putz vorbeiziehen, oft auch fratzenhaft verändert; vorm Fenster wird gesprochen und gesungen, Musik spielt auf. Die Lebhaftigkeit dieser Erscheinungen veranlasst den Kranken das Spiel aufzunehmen, er spricht wie auf dem Theater einige Augenblicke in langen pathetischen Perioden, lauscht dann, spricht weiter, lacht und springt dann plötzlich auf, da ihn jenes Schauspiel nicht lange fesselt. Doch kann die Lebhaftigkeit so gross sein, dass eine eintretende Person den Dialog nicht unterbricht, sondern vielleicht sofort eine Rolle zugewiesen erhält oder doch Zeuge wird von den Eindrücken, die die lebhafte Action hervorrufen. Indessen ist die Zusammenhangslosigkeit das gewöhnliche Zeichen dabei, so dass der Zuschauer ebenso wenig wie er gewöhnlich im Stande ist, die Verbindung der ideenflüchtigen Vorstellungen zu verfolgen, die sich mit ihnen verknüpfenden Sinnestäuschungen aus dem scheinbaren Wirrwarr herauslösen kann. Daher sind auch die geäusserten W a h n v o r s t e l l u n g e n, die hier vorzugsweise durch Sinnestäuschungen genährt werden, mehr hingeworfene Aeusserungen als feste Meinungen. Nur flüchtig tauchen die Wahnideen auf, die vielfach auf dem Boden des gehobenen Selbstgefühls erwachsen. Einzelne Kranke behaupten Fürsten, Prinzen oder Könige zu sein, aber eine innerliche Verarbeitung solcher Phantasieen kommt nicht zu Stande. Aber auch schreckhafte Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen wechseln damit und drängen z o r n i g e A f f e c t e in den Vordergrund. Geschmacks-, Geruchs- und Gefühlstäuschungen sind sogar in dieser unangenehmen Verbindung häufiger vertreten als dass sie Lustgefühle hervorrufen; sie kehren auch etwas beständiger im Laufe der Manie zurück und führen dann zur Steigerung der Nahrungsenthaltung, die so wie so schon gross ist bei dem aufgeregten Kranken; jetzt zeigt sich auch Furcht vor Vergiftung. Bei Frauen, und hier im unzweifelhaften Zusammenhang mit der Nähe der Menstruation, häufen sich die Täuschungen der niederen Sinne und bringen Unlustgefühle hervor, die zu sehr heftigen Erregungen, ja zu gewaltsamen Angriffen führen; andere weibliche Kranke schwelgen dagegen in Muttergefühlen, wiegen ein Kissen auf dem Arme, legen es liebkosend an die Brust, um es bald von sich zu legen und andere Spielereien zu treiben.

Das Gemeinsame aller Hallucinationen, Illusionen und Wahnvorstellungen, einerlei ob angenehmer oder unangenehmer Art, ist in der schweren Manie aber das Flüchtige und die Verworrenheit, wie

in allen ihren Vorstellungen. Dies tritt immer mehr hervor, je heftiger die Krankheit ist, und in den höchsten Graden können sie neben der immer stärker werdenden motorischen Unruhe ihre Deutlichkeit für den Beobachter ganz verlieren. Jetzt steigert sich das Springen und Laufen zum Umherwälzen und Rutschen auf dem Boden; der Kranke strampelt mit den Füssen, klatscht mit den Händen, schlägt eine Zeitlang im Takt auf die Erde, schnaubt und bläst heftig. Abgerissene, unverständliche Silben und Töne, Bruchstücke von Sätzen, Schreilaute werden als sprachliche Aeusserungen in zusammenhangsloser Folge an einander gereiht, unarticulirtes Geschrei und Gestöhne wird mit schäumendem Munde ausgestossen, und nur völlige Heiserkeit hindert endlich auch dies. Regellose Zuckungen im Gesicht und an den Gliedern, Zähneknirschen, lallende Sprache und vereinzelte ungeregelte klonische Krämpfe zeigen die schwere Betheiligung der psychomotorischen Centren der Hirnrinde in diesen Fällen an, die dann auch gewöhnlich hohe Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung mit sich führen.

Die sonstigen körperlichen Begleiterscheinungen der schweren Formen von Manie ziehen jetzt unsere Aufmerksamkeit auf sich.

Die allgemeine Sensibilität erscheint als eine geringere, da die Empfänglichkeit für die Auffassung störender Reize eine verminderte ist. Daher werden Schmerzen wenig beachtet und empfunden. Von den zahlreichen kleinen Verletzungen, die er sich so leicht im Toben und Springen zugezogen, merkt der Kranke Nichts, auch grössere lässt er unbeachtet, reisst angelegte Verbände von seinen Wunden und unterhält sich damit, sie mit Kothsalben frisch zu verbinden. Ein Anderer springt nackt im kalten Zimmer umher oder setzt sich stundenlang dem glühenden Sonnenbrande aus. Diese Unempfindlichkeit ist oft um so auffallender, als ja die kleinsten andern Reize genügen, um den Zustand zu beeinflussen; man wird daher auch nicht fehlgehen, wenn man auch hierin nur Mangel der Aufmerksamkeit erkennt, denn an einer genügenden Leitung ist nicht zu zweifeln. Um so mehr hat man die Pflicht, den Kranken vor solchen schädlichen Reizen zu schützen, die sicher mit eingehen in den Ablauf seiner Vorstellungen und zur Erhöhung der Krankheit beitragen. In vorübergehenden Nachlässen der Manie erfährt man denn auch, dass die Kranken Wärme und Kälte sehr wohl unterscheiden und empfänglich sind für alle Abweichungen der Zustände ihres Körpers; zuweilen klagen sie dann über Kopfschmerzen und haben für kurze Augenblicke sogar ein deutliches Krankheitsgefühl.

Eigenthümlich ist der Mangel des Sättigungsgefühls, der auf der Höhe der Krankheit allerdings nicht so sehr häufig ist; wahrscheinlich ist er aber nicht wie bei nervösen Magenleiden als eine Verdrehung des gesunden Gefühls anzusehen, sondern als Ausdruck des gewaltigen Stoffwechsels mit sicher oft nur einseitigem, daher ungenügendem Ersatz durch die Nahrung. Viel häufiger ist die Nichtbeachtung der hinreichenden Ernährung, ja sogar zuweilen eine entschiedene Nahrungsverweigerung, wenn Geruchs- und Geschmackstäuschungen vorkommen. Jedenfalls gehört der dann bald eintretende Katarrh des Nahrungsschlauches zu den schwersten Erscheinungen, die einem ungünstigen Verlauf und dem Ende durch Erschöpfung vorausgehen.

Wenn dann Fieber hinzukommt, oft genährt durch Wundkrankheiten in Folge der zahlreichen kleinen Verletzungen und Verunreinigungen von Abschürfungen an Händen und Füssen, so ist das gänzliche Zusammenbrechen der Kräfte gewöhnlich ein rasches. Ein kleiner beschleunigter unregelmässiger oder dicroter Puls begleitet diesen Zustand.

Im Allgemeinen aber ist der Puls in der schweren Manie ein recht regelmässiger und wie die Temperatur meistens nur gesteigert durch zufällige andere Erkrankungen. Eine Ausnahme hiervon bilden nur die unter meningitischen Reizerscheinungen verlaufenden schwersten Fälle; dann kommen auch abwechselnd Lähmungserscheinungen vor, die wahrscheinlich auf Druck durch Hirnödem zurückzuführen sind.

Ueber den **Verlauf** der Manie lässt sich im Allgemeinen sagen, dass Schwankungen in der Stärke der Erscheinungen durchaus die Regel sind; vielleicht sind sie um so geringer, je heftiger und rascher der gesammte Verlauf der Krankheit ist; sie wickelt sich dann so zu sagen in einem Zuge ab, fast immer aber vermisst man in den Nachlässen und Verschlimmerungen der selbstständigen Manie die Regelmässigkeit; indessen zeigt eine vorurtheilslose Beobachtung, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Menstruation die Erregung steigert; da sie aber sehr häufig in der Manie aussetzt, so wird jenes Vorkommen regelmässiger Schwankungen im Ganzen doch selten gefunden.

Wenn man versuchen will, bei den berührten, weit auseinander gehenden Ansichten über die Diagnose einer selbstständigen Manie eine Angabe zu machen über die durchschnittliche Dauer des ausgebildeten Anfalls, so ist das allerdings nur in den weitesten Grenzen möglich. Man kann nur sagen, dass eine völlig ausgeprägte Manie,

bei der die Stärke der Erscheinungen auf mittlerer Höhe ist, sich auf dieser gewöhnlich einige Monate hält, und das ganze Krankheitsbild dann mindestens ein halbes Jahr zu seiner Abwickelung bedarf. Doch kommen auch bedeutend raschere Abwickelungen vor. Wenn Fälle berichtet werden, die sich in Tagen oder gar Stunden abspielten, so ist zu bedenken, dass vielfach eine epileptische oder hysterische Grundlage nachgewiesen werden konnte, dass Vergiftungen oder Fieberdelirien die Ursache waren; praktisch richtiger ist es jedenfalls sich sehr zu hüten vor der Annahme einer selbstständigen sogenannten transitorischen Manie. Eine längere Dauer als ein halbes Jahr schliesst zwar die völlige Genesung nicht aus, die noch nach einem Jahre vorkommen kann, aber führt die Gefahr der Verschleppung in unheilbare geistige Schwächezustände mit sich. Bleiben die Erscheinungen der Manie dabei noch deutlich, wenn auch ihre Heftigkeit nachlässt, so ist die Bezeichnung als chronische Manie bis zu einem gewissen Grade zutreffend, verliert aber ihre Berechtigung immer mehr, bis man schliesslich nur noch von geistiger Schwäche reden darf, bei der in Folge gelegentlicher äusserer Anlässe vorübergehend noch wieder heftige Aufregungszustände auftreten können. Schliesslich aber verlieren auch diese sich entweder in ruhigem Schwachsinn mit einer gewissen Reizbarkeit, in völligem Blödsinn oder es bleibt ein bewegliches, geschwätziges und verwirrtes Wesen als Rest der echten Manie noch kenntlich. Diese Fälle sind aber die seltenern, denn sowohl die leichteren Formen der echten selbstständigen Manie wie die schweren bieten unter allen Psychosen die besten Aussichten auf Heilung, und übertreffen damit noch die Melancholieen. Die schwereren Formen erleiden allerdings noch einen grösseren Abbruch durch die in Erschöpfung zum Tode führenden Fälle.

Der Ausgang in Genesung findet durch einige verschiedene Durchgangszustände statt. Bei einer Manie, die sich selbstständig entwickelt hat, geht der Nachlass der Krankheitserscheinungen niemals plötzlich vor sich, sondern unter vielfachen Schwankungen, so dass ruhigere Stunden und Tage mit erregteren abwechseln. Namentlich der Schlaf wird besser und der Bewegungsdrang lässt nach, während die ungeordnete Verbindung der Vorstellungen aus zusammenhangslosen Aeusserungen noch länger hervorzugehen pflegt, oder doch in einer grossen Redseligkeit zu Tage tritt. In leichteren Fällen zeigt sich eine gewisse Krankheitseinsicht in dem Bemühen, Entschuldigungen für diese oder jene verkehrte Handlung vorzubringen, oder eine weinerliche Reizbarkeit wechselt mit der heitern Erregung. Nach schwerer Manie leitet die Genesung sich in einzelnen Fälle durch

Erschöpfungspausen ein, die das Bild einer starren Melancholie vortäuschen können. Dauert dieser Zustand länger, z. B. einige Monate, so ist Gewicht für die Prognose auf das Verhalten des *Körpergewichts* zu legen; nimmt dies nur wenig zu, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Verlauf doch noch günstig werde, während eine rasche Zunahme die Befürchtung begründen muss, dass es sich um Ausgang in unheilbaren Blödsinn handelt. Ueberhaupt ist das Körpergewicht sorgfältig zu beachten; eine dauernde und völlige Genesung lässt fast regelmässig einen *gleichmässigen* Fortschritt der geistigen *und* körperlichen Functionen erkennen, das Körpergewicht folgt den Schwankungen des geistigen Befindens, und ist daher zu befürchten, dass der Krankheitsprocess noch nicht abgelaufen ist, wenn das Gewicht längere Zeit stehen bleibt. Selbstverständlich wird man dabei aber nicht vergessen, zufällige Organerkrankungen zu beachten; natürlich wird bei einer gleichzeitigen Lungenschwindsucht nicht erwartet, dass bei geistiger Genesung die körperliche Ernährung sehr zunimmt.

Bemerkenswerth ist hier noch die Thatsache, dass solche Fieberzustände oder auch fieberhafte Erkrankungen wie Typhus einen *günstigen* Einfluss auf den Verlauf der Manie ausüben können.

Zuweilen *wechseln längere melancholische Verstimmungen mit dem Abklingen des Erregungszustandes* und erinnern dann an den Beginn und die Entwicklung der Krankheit. Besorgnisse für die Zukunft quälen den Kranken, Vorwürfe über das während der Erregung Ausgeführte, ja sogar melancholische Wahrvorstellungen drängen sich wieder vor. Die geistige Leistungsfähigkeit ist so gering, dass solche Vorstellungen jenen Befürchtungen eine berechtigte Grundlage bieten. Sie verlieren sich aber immer mehr mit dem zunehmenden Kraftgefühl. Jetzt wird aber auch die körperliche Erschöpfung deutlich empfunden; zuweilen stellen sich *frühere Neuralgieen*, Kopfschmerzen und ähnliche Leiden in alter gewohnter Weise wieder ein.

Ein *anderer* Durchgangszustand ist eine *alberne kindische Geschwätzigkeit mit läppischem Benehmen*, die dann langsam zur Genesung übergehen. Aber alle jene Durchgänge durch Stumpfheit oder Schwachsinn, die auf die grosse Erschöpfung des Nervensystems deuten, können fehlen, und abgesehen von den häufigen Schwankungen kann die Erregung in den Erscheinungen der heitern Manie abklingen, nachdem die stürmischen Wellen sich gelegt haben. Am Meisten tragen hierzu einige gut durchschlafene Nächte bei.

Die nun dauernd werdende Krankheitseinsicht verbindet sich nicht immer mit einer deutlichen *Erinnerung* des während der

Krankheit Erlebten; je stärker die Erregung, je mehr war das Bewusstsein benommen und die Erinnerung für jene Zeit daher ausgelöscht. Eine wirkliche Lücke der Erinnerung ist daher selten, doch fehlt die Fähigkeit, die Vorstellungen nachträglich zu ordnen, die ja auch in der That nur ungeordnet und flüchtig das Bewusstsein durcheilten. Nur in den leichtesten Fällen ist die Erinnerung an alle Einzelheiten eine deutliche und getreue.

Es ist schwer über die Häufigkeit des Vorkommens der selbstständigen Manie eine sichere Angabe zu machen, denn sehr viele leichtere Fälle kommen gar nicht in ärztliche Behandlung und entgehen der Statistik. Immerhin scheint nach Beobachtungen in Anstalten festzustehen, dass sie seltener als die Melancholie ist. Am Häufigsten tritt sie zwischen dem 20. und 25. Lebensjahre auf, und zwar in der geschilderten mittleren Höhe der Erscheinungen. Auch jüngere Individuen werden von ihr befallen, während ihre Häufigkeit mit zunehmendem Alter rasch abnimmt, so dass Greise nur sehr selten an Manie erkranken. Eine Ausnahme bildet nur die Zeit der Wochenbetten; viele von diesen, früher gern Puerperalmanieen genannten Störungen sind von zahlreichen Sinnestäuschungen begleitet; die durch die Geburt gesetzte Blutarmuth ist hier die Ursache, und weil in der Regel doch der Behandlung zugängig, ist auch der Verlauf verhältnissmässig günstig. Im Allgemeinen aber zeigt die Häufigkeit des Auftretens der Manie nach dem Geschlecht der Kranken keine auffälligen Unterschiede.

Auf die Unterschiede zwischen der selbstständigen Manie und solchen maniakalischen Erregungszuständen, die sich im Verlauf anderer Psychosen einstellen, kann hier noch nicht eingegangen werden, wo uns die Schilderung dieser fehlt. Jedenfalls aber setzt nur die Kenntniss der Entwicklung eines maniakalischen Zustandes in die Lage, ein solches Urtheil zu fällen.

Einer besonderen Erwähnung bedarf aber wie bei der Melancholie auch bei der Manie die besondere Verlaufsart bei einem wie man wohl sagt **constitutionell** geschädigten Nervensystem, einem invaliden Gehirn, dessen Leistungen von jeher minderwerthige waren oder im Laufe der Zeit nach Einwirkung von irgend welchen Schädlichkeiten auf das Anfangs rüstige Gehirn dazu entarteten. Die Krankheit ist oft — nicht regelmässig — auf einer geringen Höhe, zieht sich sehr lange hin, und ein raisonnirendes Verhalten und das Bestreben zu nicht verlangten Begründungsversuchen der Erregung drängt sich völlig vor. In den leichteren Graden ist das Gemisch von Gesundem und Krankem dann so gross, dass Laien und viele Aerzte auf

das Bestimmteste die Möglichkeit einer krankhaften Grundlage bestreiten; doch eine rasche, wenn auch vorübergehende Steigerung zu zwecklosen tobsüchtigen Handlungen muss sie belehren, oder eine sorgfältige Beobachtung findet zwischen den launischen zu Unfug geneigten Aeusserungen der heiteren Erregung plötzliche kurze Verstimmungen. Wenn solche Zustände sich noch mit einem leichten, darum oft verkannten Schwachsinn verbinden, so können sie zuweilen an das sogenannte moralische Irresein erinnern. Jene Neigung, verkehrte und unsinnige Handlungen scheinbar vernünftig zurechtzulegen, muss nun bei einer auch sonst nur leichten Manie als ein ungünstiges Zeichen angesehen werden, denn diese auf dem Boden der Minderwerthigkeit entstehenden Psychosen haben wegen eben jener geringeren Widerstandsfähigkeit des Gehirns grössere Neigung zum Verschlepptwerden und zu Wiedererkrankungen; doch pflegen sie selbst bei langer Dauer nicht in völlige geistige Schwäche überzugehen, wenn auch die höheren intellectuellen Gefühle deutlich abnehmen.

Die **Behandlung** der selbstständigen Manie, auch in ihren leichteren Graden, ist mit Aussicht auf Erfolg in der Familie nicht zu empfehlen; wenn es auch möglich ist, dass die leichteren Fälle dortin Genesung übergehen, so ist doch sicher der Verlauf dann ein langsamerer. Sobald die Krankheit daher sicher festgestellt ist, wird der Arzt die Versetzung des Kranken in ein Krankenhaus oder in eine Irrenanstalt verlangen. Zu Hause ist die nothwendige Fernhaltung äusserer Reize nicht möglich, und nicht einmal bei selbst nur leichter Erregung der Versuch durchführbar, den Kranken dauernd im Bett zu halten. Dies kann man aber im Hospital oft schon erreichen; ausserdem stehen dort auch verlängerte Bäder und andre Arten der Behandlung zur Verfügung. Bei grösserer motorischer Erregung und Beunruhigung durch Sinnestäuschungen ist nur eine Irrenanstalt als geeigneter Ort für die Behandlung anzusehen. Namentlich ist die Möglichkeit der Isolirung wichtig, denn in massvoller Weise angewandt, besonders bei rechtzeitigen häufigen Versuchen, den Kranken wieder unter andere Leidensgenossen zu bringen und ihm Gelegenheit zur Beschäftigung zu geben, ihn in der Anstaltsdisciplin sich selbst beherrschen lernen zu lassen, ist die Isolirung das mächtigste Hilfsmittel gegen die maniakalische Unruhe. Meistens kann man dabei mechanischen Zwang entbehren, oder doch auskommen mit milderen Mitteln, wie der Anlegung von ledernen Handschuhen, um das Zerreissen und Schmieren zu erschweren. Dass dauernder Zwang und die alten grausamen Mittel des Anschnallens ans Bett im Allgemeinen nur als äusserst schädlicher

Missbrauch gelten können, ist oft genug schon an früheren Stellen ausgesprochen; nur chirurgische schwerere Verletzungen und drohender Zusammenbruch der Kräfte dürfen in einzelnen Fällen dazu greifen lassen, doch ist die sorgfältigste Beaufsichtigung dann nöthiger als je. Eine gut eingerichtete Anstalt besitzt jedenfalls auch Gärten, in denen aufgeregte Kranke ungehindert einige Stunden täglich sein können; die Lüftung und gründliche Reinigung der Zellen erfordert sonst wenigstens den häufigen Wechsel zwischen verschiedenen Räumen, so dass eine genügende Anzahl von diesen zur Verfügung stehen muss. Noch besser freilich ist es, wenn es gelingt die Erregung durch zweckmässige Beschäftigung in nützlichere Bahnen zu lenken; es gelingt dies auch gut bei leichteren Graden, so dass hier und da ein Maniacus bei Garten- oder Feldarbeit sich ausarbeitet; wo die dazu nöthigen Einrichtungen und die genügende Aufsicht fehlen, kann man Aehnliches durch Spazierenführen in frischer Luft erzielen; diese Bewegung und die Luft wirken förmlich wie ein Schlafmittel, und können nicht genug empfohlen werden.

Ausser den verlängerten Bädern zur Beruhigung, dienen häufige Reinigungsbäder der Pflege der Haut, wie denn die hygienischen Bedürfnisse die sorgfältigste Berücksichtigung verlangen. Dazu gehört unter Anderem die gute Erwärmung der Zimmer, das Tragen warmer und fester Kleidung, zuweilen am Rücken durch besondere mechanische Vorrichtungen verschlossen. Endlich wird die Sorge für eine ausreichende Ernährung von der grössten Wichtigkeit; wenn die Aufregung den Kranken zu essen und zu trinken vergessen lässt, wenn Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen ihn daran hindern, muss man ihn immer wieder und wieder dazu anhalten, sobald die flüchtige Steigerung der Erregung Ruhepausen macht; besonders muss man ihn anhalten zu fleissigem Trinken.

Sorgfalt und Geduld des Wartepersonals findet hier ein dankbares Feld, wie denn überhaupt bei der Isolirung sich die Tüchtigkeit der Pfleger zeigen kann; je besser diese sind, desto seltener wird es z. B. vorkommen, dass Kranke dieser Art sich besudeln. Denn die Gefahr jeder Isolirung liegt darin, dass der Isolirte vergessen wird und dann im Schmutz verkommt. Die allgemeine Therapie enthält über die Art der Anwendung verlängerter Bäder und Reizmittel alkoholischer Natur das auch hier Nöthige.

Unter den Schlafmitteln leistet das Chloralhydrat mit Morphiumzusatz viel; Sulfonal nehmen die Kranken zuweilen unbemerkt. Je höher die Erregung ist, um so wichtiger wird die Einspritzung von Morphium unter die Haut; besonders bei beunruhigen-

den Sinnestäuschungen ist es nützlich, namentlich in methodischer Wiederholung angewandt. Innerlich ist mit Arzeneien nicht viel zu machen, sobald die Erregung eine regelmässige Zufuhr verhindert. In den leichten Graden der Manie, bei sexueller Färbung des Krankheitsbildes und den sich verschleppenden Formen kann man durch grössere Mengen von Bromkalium oft Beruhigung erzielen. Blutentziehungen dürfen nur bei Zeichen von meningitischer oder corticaler länger andauernder Reizzustände gewagt werden; auch dann ist der Erfolg nur ein vorübergehender, kann aber an einer augenblicklich drohenden Gefahr vorbeiführen, wenn sie mit hohem Fieber und Krämpfen auftritt. Blutarmuth erfordert natürlich den Versuch der Zufuhr geeigneter Arzeneien, den Hauptwerth aber muss man auch hier auf die gute Ernährung legen; wo es angeht, regle man die Verdauung, vermeide aber starke Abführmittel; man braucht nicht auf täglichem Stuhlgang zu bestehen, es genügt, ihn jeden zweiten oder dritten Tag zu erreichen. Wassereingiessungen sind zuweilen auch gut, um den Inhalt des Mastdarms rechtzeitig zu entfernen, ehe er zum Herumschmieren dient. Im Klystier lassen sich die Medicamente nur selten häufiger oder regelmässig geben. Oft gelingt es durch methodische Anwendung von Arzneien dauernde Bettlage zu erzielen, doch hüte man sich in frischen Fällen vor zu grossen Gaben; so angenehm die Ruhe für die Umgebung ist, und so schön es sich macht in Anstalten maniakalische Erregungen sofort chemisch bändigen zu können, so bedenklich ist die andauernde Einwirkung der Narcotica, und sieht man Ausgänge in Blödsinn sich daran knüpfen.

Die Kunst der psychischen Behandlung eines Maniakalischen ist nach allgemeinen Regeln nicht gut festzustellen; mehr als bei andern Geisteskranken gehört dazu ein angeborenes Talent des Umgangs mit Menschen, und hat in der Anstalt immer derjenige Arzt geringere Schwierigkeiten, der es versteht, Ruhe und Freundlichkeit zur Schau zu tragen. Unzeitiges Befehlen, zur Ruhe Verweisen oder gar ärgerliche Heftigkeit über Thorheiten sind gefährlich und schädlich. Ein Scherz zur rechten Zeit kann zuweilen einen Zornausbruch ablenken. Natürlich nützen alle diese Mittelchen wenig bei heftiger Manie; aber im Beginn, in den leichtern Graden und namentlich bei eintretender Genesung können sie von grösserem Nutzen werden.

Im Allgemeinen thut man gut, die Entlassung aus einer Anstalt bis zur völligen Genesung hinzuziehen, wenn auch Gefahren wie bei selbstmordsüchtigen Melancholikern nicht zu befürchten sind.

Der praktische Arzt wird oft genug die Angehörigen in dieser Hinsicht zurückhalten müssen, die nur zu geneigt sind, den Wünschen der noch viel redenden Kranken in der Genesung vorzeitig entgegenzukommen. Jedenfalls sind Reisen und Zerstreuungen auch in der Reconvalescenz schädlich, und bleibt der Kranke am Richtigsten so lange in der Anstalt, bis er sich körperlich und geistig völlig erholt hat; kommen solche Reconvalescenten in die Behandlung des praktischen Arztes, so wird er fortfahren, alle äusseren Reize fernzuhalten, und unter Umständen versuchen durch Morphium noch zur völligen Beruhigung beizutragen; innerlich ist es dann ein vortreffliches Mittel.

Gesichtstafel II.

Gesichtstafel II.

Manie.

Während es für die Erklärung der Tafel bei der Melancholie verhältnissmässig leicht war, den Ausdruck des Kummers auf dem Gesicht in einzelne Bestandtheile aufzulösen, die auf der Wirkung bestimmter Muskelgruppen beruhten, gelingt dies nur theilweise bei der Manie. Die Beweglichkeit und Mannichfaltigkeit des Ausdrucks ist hier das Kennzeichnende, wenn auch Heiterkeit dabei vorwiegt; es ist deshalb besonders schwer, in dem Mienenspiel Einzelheiten festzuhalten, und haben auch unsere Bilder nur wenige Ausdrucksformen erhaschen können. Der schmerzvolle melancholische Affect gräbt feste Spuren in die Antlitzhaut, während diese nur flüchtig in der maniakalischen Erregung bewegt wird, und ein Verständniss erst erwächst, wenn man das physiognomische Spiel auf seine Ursachen im Gehirn selbst zurückführt, wenn man die Mechanik der äusseren Physiognomik nur als Decke des Gehirnmechanismus betrachtet. Die Störungen im Kreislauf und der Ernährung des Gehirns, besonders seiner Rinde, führen durch den Ueberschuss nervöser Thätigkeit zu ungebundenen Formen des Ausdrucks, bei denen viel Ueberflüssiges erscheint.

Die beiden Bilder des jungen Mannes können daher nur eine schwache Vorstellung geben von seinem fortwährenden Grimassiren, das von Lachen und Schwatzen, sowie Bewegungen des Kopfes und Körpers überhaupt beständig unterbrochen wurde. Der heitere Ausdruck des jungen Mädchens erlaubt schon besser seine Auflösung in Bewegungen einzelner Muskeln. Durch Zusammenziehung der Kreismuskel des Auges wird die Lidspalte kleiner, gleichzeitig wirkt die Zusammenziehung der sich an die Kreismuskeln setzenden Wangenbeinmuskeln in der Weise, dass die Oberlippe nach Oben gezogen wird; die grossen Jochbeinmuskeln öffnen den Mund zu breitem Lächeln, ziehen seine Winkel nach Hinten und Oben, so dass die Zähne entblösst werden. Die beweglichere Haut des alten Mannes lässt die gleichen Wirkungen in einigen Faltungen noch deutlicher erkennen; man sieht bei ihm daher Falten der untern Augenlider, an den äusseren Augenwinkeln, Querfalten der Nasenwurzeln, weil Wangen und Oberlippe sich heben. Die Querfalten auf seiner Stirn sind zufällige; im heiteren Affect glättet sich der Stirnmuskel in der Regel. Wesentlich bei heiterer Erregung ist sehr oft der Glanz des Auges, der durch Blutfüllung und Druck der ihm benachbarten Muskeln bedingt ist. Der Ausdruck höchster Freude nähert sich bekanntlich dem des Weinens und des Schmerzes; auch die gefalteten Hände des Mädchens zeigen diese Verwandtschaft.

Zorn und heftigere Leidenschaften zu photographiren, ist mir wegen der Unruhe in den Körperbewegungen nicht gelungen. Ueberhaupt darf man aber nicht vergessen, dass der Gesichtsausdruck sehr wesentlich unterstützt oder verändert erscheint, je nachdem Haltung und Bewegung des ganzen Körpers dazu stimmen oder nicht. Die plastische Kunst benutzt in dieser Beziehung manche Hülfsmittel, wie z. B. scharfe seitliche Drehung des Kopfes beim Anblicken.











C. Periodische Formen.

Fast alle Psychosen zeigen periodische Schwankungen in ihrem Verlauf, besonders während ihrer Entwickelung. Meistens sind die Schwankungen unregelmässig und von zufälligen äusseren Schädlichkeiten abhängig, wie wir bei der Schilderung der selbstständigen Melancholie und Manie gesehen haben. Aber schon dort erfuhren wir auch, dass die Schwankungen der Gefühlsreaction sich um so deutlicher ausprägten, je mehr der Kranke durch erbliche Belastung oder erworbene Minderwerthigkeit in seiner ganzen geistigen Constitution schon vor seiner Erkrankung geschädigt war. Da nun namentlich die Erblichkeit in allerdings mehr oder minderem Masse in sehr viele Psychosen hineinspielt, so finden wir eine grosse Menge geistiger Störungen, in denen dieser Einfluss sich in verschiedenem Grade deutlich zu erkennen gibt. Aus diesen werden nun einige Gruppen ausgelöst als eigentliche periodische Formen des Irreseins, weil ihr periodischer Verlauf ihr wichtigstes klinisches Merkmal ist. Dazu kommen aber noch einige andere Merkmale, die wir nicht finden bei den Erkrankungen rüstiger Gehirne; meistens erreicht das Krankheitsbild rascher seine Höhe, und ebenfalls ist der Abfall ein verhältnissmässig schneller. Der krankhafte Zustand selbst ist ein sehr wandelbarer und gemischt mit gesunden Bestandtheilen. In der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Fällen sind die Befallenen aber nicht gesund, und der neue Anfall kann sich, im Schutze der Anstalt besonders deutlich, ohne äussere Schädlichkeit, allein aus der inneren Anlage entwickeln. Selbstverständlich können alle Gelegenheitsursachen zum erneuten Ausbruch mitwirken und dadurch den geregelten periodischen Verlauf verwischen. Wo daher deutliche Krankheitsanfälle sich in grossen, unregelmässigen Zeitabständen wiederholen, ist der Unterschied dieser minderwerthigen Grundlage von der wiedererlangten völligen geistigen Gesundheit nach einer früheren Psychose eines rüstigen Gehirns zu erkennen in mannichfachen Abweichungen des psychischen Verhaltens. Solche Personen sind leicht erschöpft, empfindsam und reizbar; dagegen tritt umso auffälliger eine gewisse Theilnahmlosigkeit an höheren Interessen hervor, oder wo sie geäussert wird, geschieht es mit Betonung des persönlichen Verhältnisses; nicht die Sache selbst ist das Fesselnde. Eine grosse Leichtigkeit in der Verbindung der Vorstel-

lungen lässt kühne Entwürfe und Gedankenreihen zuweilen blendend auftauchen, aber es fehlt die Möglichkeit, sie in stillem beharrlichen Fleiss auszuarbeiten und nach allgemeinen Regeln einzuschränken; wird dagegen keine Selbstständigkeit der Entschliessungen verlangt, so kann ein solcher Mensch seine krankhaften Regungen unter dem Einflusse gewohnter, von Andern geordneter und geleiteter Thätigkeit lange verbergen. Dafür ist es aber in der Unterhaltung schon möglich, eigenthümliche unvermittelte Gedankensprünge zu erkennen, wie denn überhaupt auch das ganze Benehmen ein vom Gewöhnlichen abweichendes und oft aus äussern Gründen nicht verständlich ist; nur die Minderwerthigkeit der geistigen Thätigkeit, begründet durch die Schädigung der geistigen Constitution, erklärt das Verhalten.

Berücksichtigen wir also den Umstand, dass es nicht geistig gesunde Menschen sind, die so erkranken, so müssen wir bei ihnen auftretende volle Psychosen als durchs ganze weitere Leben bestehend ansehen, so dass die periodischen Schwankungen der Erscheinungen auch bei ihnen wie bei den Psychosen überhaupt innerhalb des Verlaufs der Krankheit eintreten. Ein Hauptunterschied besteht nur darin, dass in dem einen Fall die Schwankungen dichter zusammengedrängt sind auf den kleineren Zeitraum der eigentlichen Psychose, während sie in dem anderen das ganze Leben begleiten. Es sind nun aber unter diesen wieder einige Gruppen ausgezeichnet durch eine annähernde Regelmässigkeit nach Zeit und Art ihrer Erscheinungen; sie bezeichnet man vorzugsweise als periodische Formen des Irreseins. Also unregelmässige periodische Schwankungen, wie sie nicht nur bei einigen vorhin näher bezeichneten Formen der Melancholie und Manie, sondern auch im Wahnsinn und in der Verrücktheit, sowie in den meisten sonstigen Psychosen vorkommen können, werden hier von der Betrachtung ausgeschlossen; es handelt sich allein um die annähernd regelmässigen. Die zu schildernden Krankheitsbilder bleiben fast ausschliesslich, jedenfalls soweit sie hier erörtert werden, im Rahmen der Melancholie und Manie; sie sind zusammengesetzt aus entweder vorschlagend regelmässiger Wiederkehr melancholischer oder maniakalischer Zustände, oder drittens aus einem regelmässigen Wechsel von Melancholie und Manie. Die scheinbare Willkür in der Abgrenzung dieser Formen ist vorläufig nur klinisch begründet; denn anatomisch bietet sich keine Erklärung, die erbliche Ursache haben sie mit den unregelmässig schwankenden anderen Psychosen gemein, und die Minderwerthigkeit der gesammten geistigen Constitution wiederholt sich in entsprechender Weise bei einigen andern ebenfalls periodischen, denen eine Minderwerthigkeit

der gesammten nervösen Constitution zu Grunde liegt; es sind die neurasthenischen, epileptischen und hysterischen Formen gemeint; diese nehmen aber durch das deutlichere Hervortreten vieler organisch bedingter nervöser Begleiterscheinungen eine besondere Stellung ein. Vielleicht gelingt es mit der Zeit in dem Chemismus des Gehirns die Ursachen für die Regelmässigkeit des Eintritts zu finden, da es sich jedenfalls um Vorgänge handelt, die im Organismus selbst beginnen; alle von Aussen hineingetragenen Schädigungen verwischen den regelmässigen periodischen Ablauf und machen aus dem in sich abgeschlossenen Krankheitsbild ein undeutlicheres. Fehlen solche äussere Einflüsse, so wird das Krankheitsbild im einzelnen Anfall zwar immer selbstständiger, aber erreicht damit doch nicht die Selbstständigkeit der nur durch äussere Schädlichkeiten bedingten Psychosen. Doch ist es wichtig zu wissen, dass der erste Anfall einer periodischen Erkrankung oft durch eine äussere Veranlassung hervorgerufen wird; erst nach diesem Anstoss löst sich immer deutlicher in den folgenden Anfällen das feststehende Krankheitsbild aus der Gesammtmasse der Erscheinungen. So findet man nicht selten den regelmässigen periodischen Typus sich erst langsam entwickeln und gewissermassen auskrystallisiren; erst nach mehreren Anfällen wird die Uebereinstimmung der einzelnen Anfälle dann eine zweifellose.

Die periodische Melancholie.

Sie kommt am Seltensten zur Beobachtung in Anstalten, etwas häufiger in der Privatpraxis, da sie meistens milde auftritt und sich vorzugsweise um das peinliche Bewusstsein gehemmten Gedankenablaufs und Wollens oder um gehemmte Gefühle bewegt. Am Deutlichsten ist diese Beschränkung auf den Vorstellungsverlauf, und das Fehlen von Sinnestäuschungen bei Personen, die von Haus aus schwachsinnig sind; die ängstliche Gefühlsreaction und die traurige Verstimmung sind dann aber nicht Erklärungsversuche, sondern auch ursprüngliche Erscheinungen einer echten Melancholie. Das Bewusstsein ist wenig gestört; Zwangsvorstellungen engen seinen Inhalt oft ein.

Es würde zu Wiederholungen führen, wenn man eine eingehende Schilderung eines einzelnen Anfalles **typischer periodischer Melancholie** gäbe; daher sollen nur die für den periodischen Verlauf wichtigen Thatsachen wieder hervorgehoben werden. Die Krankheit beginnt also rasch nach kurzer einleitender Verstimmung. Die ausgesprochene Melancholie besteht dann entweder verhältnissmässig kurze Zeit, wenige Wochen oder in anderen Fällen auch ein oder

mehrere Jahre. Die letzteren sind die gewöhnlichen, bei ihnen ist das Bewusstsein klar, die Beobachtung für die Umgebung gut und die Erinnerung später auch eine vollständige; Sinnestäuschungen sind selten, meistens nur im Anfang vorhanden; durch die ganze Dauer dieser Melancholie hindurch aber bleiben einzelne Wahnvorstellungen sehr häufig unveränderlich und sind begleitet von Angstgefühlen; diese schwanken aber sehr in ihrer Stärke, und daher sind manche Besserungen und Verschlimmerungen zu beobachten. Der Inhalt der Vorstellungen, die Neigung zum Selbstmord und die sonstigen Erscheinungen zeigen keine Abweichungen von einer gewöhnlichen Melancholie. Ohne dass man in dem äussern Verhalten eine wesentliche Beruhigung erkennen konnte, verlieren sich dann aber Angst und Wahnvorstellungen sehr oft wie mit einem Schlage; der gestern noch schwer Kranke tritt uns heute mit heiterer Miene entgegen und erklärt völlig unbefangen, er sei jetzt wieder gesund. In der That erholt er sich körperlich jetzt sehr rasch, und ist gerade bei der periodischen Melancholie der begleitende Wechsel im Körpergewicht sehr auffallend. Auch die sonstigen körperlichen Begleiterscheinungen der Melancholie fehlen nicht, z. B. Magenkatarrh und Verdauungsstörungen.

Den ersten Anfall einer spätern periodischen Reihe könnte man also bei Kenntniss der früheren geistigen Constitution des Kranken vielleicht schon an dem raschen Anstieg und Abfall vermuthen; ausserdem aber würde diese Ansicht sehr unterstützt werden, wenn das volle Krankheitsgefühl in auffallender Weise und oft mit Erklärungsversuchen der Stimmung aus äussern Gründen wechselt, die dann z. B. in der Weise geäussert werden, dass der Kranke ein grosses Verbrechen begangen haben will, aber geistig gesund zu sein meint, so dass er sich nach seiner Ansicht nur von berechtigten Vorwürfen und Selbstanklagen heunruhigt fühlt. Diese Melancholischen machen in den Augenblicken der Krankheitseinsicht, und weil ihr Bewusstsein überhaupt nur wenig getrübt ist, einen ganz besonders bedauernswürdigen Eindruck, da das peinigende Angstgefühl sie auch dann nicht ganz verlässt.

Ist der Anfall vorbei, so ist keine geistige Schwäche angedeutet für die Leistungen des Berufs; nur ein leichter sittlicher Defect ist gewöhnlich, wenn er sich auch vielleicht nur im Hervortreten egoistischer Gefühle und in dem Mangel der Theilnahme an den Leiden Anderer zeigt. Obwohl diese Menschen meistens ihren gewohnten Beruf wieder ausfüllen können, so sind sie doch vielfach unselbstständig und allen ungewohnten Ansprüchen gegenüber auch

reizbarer als vor dem ersten Anfall. Dieser pflegt in den zwanziger Jahren einzutreten, nur selten später. Bis zum zweiten Anfall vergehen nun in der Regel Jahre, bis zu zehn und mehr; trotzdem in ihnen Gelegenheitsursachen genug zu neuen Ausbrüchen vorlagen, kam es nicht dazu. Jetzt aber, unvermittelt und plötzlich kommt der zweite Anfall, der dem früheren in allen Einzelheiten auf das Genaueste gleicht. So war eine Kranke in drei periodischen Anfällen ihrer Melancholie jedes Mal von derselben völlig unbegründeten Vorstellung beherrscht, dass sie ihre schwerkranke Mutter vor langen Jahren im Bett erdrosselt habe durch zu starkes Anziehen der Mützenbänder; Tag und Nacht wiederholte sie diese Anklage unter beständiger peinigender Angst; dieselben Bewegungen, Ringen der Hände, Anklammern, überhaupt das ganze äussere Verhalten, Nahrungsverweigerung, Jammern und Schreien wiederholten sich in genau der gleichen Weise. Im letzten Anfall starb die betagte Kranke an einer Hirnblutung.

Einige Abweichungen zeigen die selteneren **kurzdauernden** periodischen Anfälle. Die Erscheinungen der Hemmung und Gebundenheit wiegen vor; es gibt fast starre Bilder. Heftige Angst mit gelegentlichen Ausbrüchen, laute Gehörstäuschungen, meistens mit religiösem Inhalt, auch zuweilen packende Gesichts- und Geruchstäuschungen quälen den Kranken, der im Anfall scheinbar willenlos und starr daliegt oder steht, sich sogar gelegentlich verunreinigt; nachher aber berichtet er genau und beweist, dass er gut beobachtet hat, was sonst geschah. Nach wenigen Wochen ist der Zustand fast plötzlich beendet; der Kranke erklärt es sei wie ein Schleier, ein Druck von ihm genommen, mit freudiger Genugthuung erklärt er sich jetzt wieder gesund. Nahrungsverweigerung besteht oft, daher der Abfall des Körpergewichts gewaltig sein kann in wenigen Wochen. Dann folgt die gute Zeit, meistens einige Monate lang, seltener über ein Jahr, wie in einem Falle meiner Beobachtung. Die Aehnlichkeit seiner Anfälle unter einander war Anfangs eine grosse, aber im Laufe der Jahre wurden die Pausen dazwischen kürzer, und zu den früheren Erscheinungen der reinen Melancholie traten in den letzten Anfällen, zwischen denen immer nur noch wenige Monate lagen, früher nicht bemerkte Wahnvorstellungen hinzu, die sich mit Gehörstäuschungen und Vergiftungsfurcht verbanden. Schliesslich endete der Kranke durch Selbstmord. Auch bei ihm waren die Zwischenzeiten auffällig gut und bestand dann Krankheitseinsicht. Es wird auch sonst angegeben, dass mit zunehmender Reihe der Anfälle schliesslich doch einige Veränderungen das gewöhnliche Bild treffen, doch kommt es nicht zu völliger geistiger Schwäche.

Die im Ganzen seltene periodische Melancholie erhält noch einen kleinen Zuwachs durch einzelne Fälle, in denen der herrschende Affect von triebartigen central bedingten Bewegungen begleitet ist; daneben bestehen zahlreiche Sinnestäuschungen. Ist nach dem Anfall die Erinnerung dafür sehr undeutlich, so muss man immer auch an die Möglichkeit eines epileptischen Dämmerzustandes denken, und seine Diagnose nicht eher auf eine einfache Melancholie stellen, als bis die epileptische Grundlage sicher ausgeschlossen worden ist.

Die Behandlung eines periodischen Anfalles erfordert in der Regel die Versetzung in eine Anstalt; selbst kurze Anfälle eignen sich sehr schlecht für das Verbleiben in häuslichen Verhältnissen, obwohl der völlige Nachlass der Krankheit die Angehörigen leicht dazu verleitet, den Kranken bei sich zu behalten, besonders wenn sie schon mehrfach den Wechsel durchgemacht haben. Andrerseits kann aber die Kürze der guten Zwischenzeiten ein Grund dazu werden, die Anstaltspflege zu fordern. Im Einzelnen sind sonst dieselben Massregeln zu ergreifen wie bei jeder Melancholie; die kürzeren mit Angstzufällen begleiteten Anfälle lassen sich durch Morphiumeinspritzungen zuweilen abkürzen oder erleichtern, die längeren Anfälle lassen sich in ihrer Dauer dadurch nicht wesentlich beeinflussen.

Die periodische Manie.

Die periodische Manie ist ungleich häufiger wie die periodische Melancholie, und ist überhaupt eine namentlich beim weiblichen Geschlecht nicht seltene Psychose; zuweilen schliesst sie sich zeitlich an die Menstruation, aber noch häufiger ist diese ohne grössere Bedeutung für den Verlauf. Einige Beobachter meinen, dass die Anfälle, auch beim Manne, sich an periodisch auftretende Steigerungen des Geschlechtstriebes anschliessen. Melancholische Vorläufer werden nicht regelmässig beobachtet, jedenfalls ist die vorausgehende gedrückte Stimmung oft nur sehr gering und undeutlich ausgeprägt, andere Male jedoch desto mehr; schwerere und längere periodische Manieen zeigen deutlich und regelmässig schwere melancholische einleitende Erscheinungen. Die **leichteren Fälle** sind aber die häufigeren; die maniakalische Erregung beginnt dann ganz plötzlich von einem Tage zum andern mit allen früher geschilderten Zeichen, hält sich darauf meistens nur einige Wochen, worauf sich die Beruhigung ebenso rasch wieder einstellt. Auf der Höhe der Krankheit ist die in der Einleitung besprochene Mischung gesunder und

kranker Bestandtheile ganz besonders klar, und suchen die Kranken ihre verkehrten Reden und Handlungen immer wieder zu begründen und in gewandter Weise durch vieles Reden als berechtigt hinzustellen. Fehlt die dazu nöthige dialektische Gewandtheit, so wird sie ersetzt durch kurze Bemerkungen, es sei ja ganz natürlich, dass man heftig und aufgeregt werde, wenn man immer wieder vor Neuem gereizt werde; Scheingründe sind ja auch leicht zu finden, da eine Beschränkung oder Zurechtweisung oft genug hat stattfinden müssen. Daher machen diese leichtern Fälle oft den Eindruck moralischer Schlechtigkeit, weil der Bewegungsdrang und die innere Unruhe immer wieder zu Entäusserungen treiben, die gegen Sitte und Gesetz verstossen. Das völlig fügsame und geordnete Benehmen nach dem Anfall lässt darum die krankhafte Grundlage des frühern Zustandes meistens desto deutlicher erkennen. Auch in den ruhigen Zwischenzeiten pflegen die Kranken am Liebsten über die Erregung zu schweigen und ausweichend zu antworten, oder sie greifen zu beschönigenden Erklärungen und schieben angeblichem Reizen der Umgebung die Schuld zu. Die Zwischenzeit dauert selten länger als einige Wochen oder Monate; diese leichten Anfälle wiederholen sich ohne äussere Veranlassungen, obwohl solche den Eintritt beschleunigen können, oft durch das ganze Leben; ihr Ausbleiben nach Jahren kommt vor, ist aber selten. Wenn auch keine grossen Ausfälle der Intelligenz sich entwickeln, so tragen diese Personen doch fast immer deutliche Zeichen der geistigen Minderwerthigkeit an sich, und sind in den Zwischenräumen reizbar, oft auch gleichgültig für fremde Interessen. Schwankungen des Körpergewichts sind fast regelmässige Begleiterscheinungen. Nach jahrelangem Wechsel können im Alter die zeitlichen Grenzen der Anfälle sich etwas verwischen und die Erregungen geringer werden; wenn auch kein Blödsinn, so wird dann eine grössere Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit und des Interesses doch deutlich.

In einer andern Reihe von Fällen ist während des Anfalls die Ideenflucht stärker; Schlaflosigkeit, motorische Unruhe, auch Sinnestäuschungen treten in derselben Weise wie bei einer einmaligen heftigen Manie auf. Ueberhaupt sind hier alle Grade der Manie vertreten, und genügt es im Ganzen dafür, auf die früheren Schilderungen zu verweisen. Sehr häufig ist die Beimengung eines zornigen Affectes. Die Stärke desselben ist in allen Stufenleitern vertreten. Das Bezeichnende ist aber, dass trotz der höchsten Grade der Erregung der Kranke sehr oft eine Art Besonnenheit behält, und die tiefen Bewusstseinstörungen mit späterem Mangel der Erinnerung wie in den

schwersten Graden der Manie sonst sehr selten sind; die Mischung von Gesundem und Krankem bleibt auch dadurch als besonderes Kennzeichen dieser Krankheitsform bestehen. Indessen ist das Erhaltensein der Besonnenheit doch keine so regelmässige und für den hier besprochenen Krankheitszustand ausschliessliche Erscheinung, dass man einen Beweis gegen die periodische Natur der vorliegenden Manie in dem Umstande erblicken darf, dass die Besonnenheit fehlt, während ihr Vorhandensein die Vermuthung allerdings wahrscheinlicher machen kann. Auch die Geschwindigkeit, mit der die Erregung abfällt, ist nicht immer so auffallend, dass sie zur Diagnose führen muss, doch bleibt die Regel, dass auch die **schweren Formen** der periodischen Manie durchschnittlich rascher entstehen und verschwinden als eine einmalige. Nach Allem aber kann erst die Wiederholung des Anfalles jeden Zweifel beseitigen. Dann aber ist seine Gleichartigkeit mit den frühern so gross, dass man nicht ganz mit Unrecht von einer photographischen Treue der Aehnlichkeit der einzelnen Anfälle unter sich gesprochen hat. Im Einzelfall wiederholen sich dann sogar bestimmte körperliche Begleiterscheinungen auf das Genaueste, Gefässlähmung, Kältegefühl, halbseitige Kopfschmerzen, Steigerung der Harn- oder Schweissabsonderung. Besonders aber die äussere Haltung wiederholt sich mit denselben Bewegungen, demselben Gesichtsausdruck, der besondern gleichen Sprechweise, ja im Ton der Stimme; ein Schauspieler könnte nicht sorgfältiger alle Einzelheiten und Aeusserlichkeiten einer Rolle in verschiedenen Vorstellungen wiederholen. Und diese Aehnlichkeit beschränkt sich nicht auf die leichteren Erscheinungen, sondern sogar das Springen und Tanzen, das Schreien und Singen bis zum unarticulirten Brüllen kann sich völlig gleich wieder einstellen. Dieselben Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen mit sehr ähnlichen Inhalt kommen zum Vorschein. In der Anstalt, wo der Ausbruch der neuen Erregung nicht durch äussere Schädlichkeiten verwischt ist, sondern rein aus innern Gründen erfolgt, zeigen leichte Veränderungen in der Kleidung, eine Blume im Haar oder dessen kühnere Anordnung, ein jetzt regelmässig wiederholter Wunsch der Entlassung, den Anfang gewöhnlich so sicher an, dass das Wartpersonal zu berichten pflegt, ich glaube, der so und so wird wieder krank, denn er thut dies oder das eben Bezeichnete.

Die Dauer der jedesmaligen maniakalischen Erregung ist die gleiche im Ganzen und Grossen, so verschieden sie bei verschiedenen Individuen ist. Nicht so ähnlich oder gleich an Dauer sind die freieren Zwischenräume; aber auch bei den schwereren Formen pflegt sich eine Aneinanderschiebung der Anfälle bei gleichzeitiger Abflachung der

Erregungszustände mit zunehmendem Alter einzustellen, und dabei ein gewisser Grad geistiger Schwäche, der in den Zwischenräumen früherer Lebensperioden entschieden nicht in dem Grade vorhanden war, während allerdings die früheren Zeichen der Reizbarkeit deutlich waren und bleiben.

Wenn man den Vergleich mit der photographischen Treue nicht zu wörtlich nimmt, so ist die Aehnlichkeit der Anfälle unter sich also das entscheidende Merkmal der periodischen Manie. Dass sie kleine Verschiedenheiten im Laufe des Lebens eines Kranken annehmen, ist wohl fast selbstverständlich, denn auch der gesunde Mensch verändert sich und seine Anschauungen; bei unsern periodisch Kranken, die meistens in Anstalten leben, ist freilich kein so bedeutender Zuwachs an äusserer Erfahrung, aber der innere Lebensvorgang selbst bringt genug Momente mit sich, um auch die Krankheitserscheinungen etwas zu beeinflussen.

Die Prognose der periodischen Manie ist in Beziehung auf völlige Genesung eine ungünstige, während der einzelne Anfall also mit grosser Wahrscheinlichkeit ohne Uebergang in chronische Formen günstig verläuft. Im besten Fall bleiben unter günstigen Lebensbedingungen die Anfälle jahrelang aus. Der Uebergang in Blödsinn ist sehr selten, jedenfalls verhältnissmässig seltener als bei der einmaligen Manie. Zusammenfassend lässt sich demnach sagen: die periodische Manie ist eine so gut wie unheilbare, durch das ganze Leben sich hinziehende Krankheit, während ein grosser Theil der einmaligen Manieen heilbar ist.

Die Behandlung muss sich daher auf die einzelnen Anfälle beschränken; oft hat man versucht sie abzukürzen, zu unterdrücken oder zu mildern. Unterdrücken lassen sie sich meistens nicht, ja zuweilen gewinnt man den Eindruck, als ob bei Anwendung starker Arzneimittel der scheinbare Erfolg nach einiger Zeit durch stärkere Anfälle wieder beseitigt wird; mit elementarer Gewalt macht sich so der innere Vorgang Luft. Am Meisten empfohlen werden Morphium und Bromkalium, und für die Fälle mittlerer Erregung jedenfalls mit sichtlichem Erfolg. Wenn man z. B. Bromkalium einige Tage vor dem sich meldenden Ausbruch in grossen Mengen gibt, indem man mit 6 *gr* pro die beginnt und täglich um 2 *gr* steigt, je nach Bedarf bis zu 12 und 14 *gr*, so kann es bei den melancholischen oder andern Vorläufern bleiben, jedenfalls aber wird die doch eintretende Erregung sehr gemildert, aber auch sehr häufig entschieden verlängert. In einigen Fällen konnte aufs Bestimmteste ferner festgestellt werden, dass die Zwischenzeiten zusammenschrumpfen, so dass auch dieses wirksame

Mittel einen zweifelhaften Werth hatte. Trotzdem habe ich es auch hier einmal regelmässig wieder angewandt, weil die betreffende Kranke ohne Bromkalium sehr unreinlich war, bei seinem Gebrauch aber nicht. Eine andere zeigte nach den grossen Mengen des Mittels schwindligen Gang, lallende Sprache, jedoch guten Appetit; trotzdem bat sie in der guten Zeit ihr beim Anfall die Medicin wieder zu reichen, weil sie selbst fühlte, dass die Erregung leichter verlief, so dass es nicht mehr nöthig wär, sie dann zu isoliren, was früher regelmässig geschah. Weitere Zeichen von Bromkaliumvergiftung, Magenkatarrh besonders nöthigten einige Male in verschiedenen Fällen auszusetzen und damit einen Theil des guten Erfolgs preiszugeben; denn man darf während der Erregung nicht ganz mit dem Mittel aufhören, doch genügen oft geringere Mengen. Dies ist ja jedenfalls wünschenswerth, weil die mindestens einige Wochen dauernden Anfälle sonst sehr leicht zur Bromkaliumvergiftung führen würden. Merkwürdig war in einem Falle, der früher ohne Bromkalium als zornige Manie ohne Sinnestäuschungen verlief, eine Verwandlung des Krankheitsbildes bei Anwendung des Mittels, so dass ein viel kürzerer Anfall mit beängstigenden massenhaften Gesichts-, Gehörs- und Geruchstäuschungen eintrat, der sehr an die sogenannte hallucinatorische Verwirrtheit erinnerte; ich bemerke, dass die früheren Anfälle typische einer zweifellosen periodischen Manie waren. Diese eigenthümliche chemische Reaction des Gehirns ist ohne Einfluss geblieben auf den späteren freieren Zwischenraum. Ein Vortheil erschien der Kranken selbst nachträglich die Abkürzung des Anfalles. Es wurde dann eine Zeitlang kein Bromkalium gebraucht, und gelang es durch Sulfonal schwerere Ausbrüche zu unterdrücken. Als aber wieder einmal Bromkalium benutzt wurde, folgte wieder ein ähnlicher kürzerer Anfall, wie der oben geschilderte. Von andern Beobachtern werden noch günstigere Erfolge nach Bromkalium berichtet. Natürlich lässt sich nur in einer Anstalt diese Art der Behandlung durchführen, da genaue Beobachtung des Kranken sowohl vorm Eintritt der Erregung wie während derselben nöthig ist. Periodische Manieen bleiben wohl sehr selten in häuslicher Pflege; in der Anstalt mildert die Isolirung ihre Heftigkeit sehr; manchmal lässt sie sich in einfachster Weise durch dauernde Bettlage erreichen. Wenn man sich überhaupt nicht scheut vor chemischen Einflüssen aufs Gehirn, so sind wahrscheinlich periodische Manieen das geeignetste Feld für die Anwendung methodisch geübten chemischen Zwanges; ein Heilmittel sind sind die Narcotica aber auch hier nicht. Besonders gerühmt wird die gute Wirksamkeit des indischen Hanfes. Im Uebrigen sind die

früher bei der Manie erörterten Behandlungsweisen nach Massgabe des einzelnen Falles auch bei ihrem periodischen Auftreten angezeigt. Wenn diese Patienten trotz Abrathens aus der Anstalt entlassen werden, so erscheinen meistens durch Gelegenheitsursachen die neuen Erregungen verstärkt; daher nur bei den selteneren längeren Pausen eine Entlassung gewagt werden kann.

Circuläres Irresein.

Schon die Entwicklung derjenigen Formen von periodischer Manie, bei denen ein längeres und stark ausgeprägtes Stadium von Melancholie vorausging, brachte das Bild des circulären Irreseins näher; indessen trat dort die einleitende Melancholie an Ausdehnung und klinischer Bedeutung doch nicht so sehr in dem Krankheitsbilde hervor, dass sie der maniakalischen Erregung als klinisch gleichwerthig auffallen konnte. Im Grunde aber ist Nichts dagegen einzuwenden, auch jene Fälle schon zum circulären Irresein zu rechnen. Dies besteht nämlich im Wesentlichen in einem *Wechsel des maniakalischen und melancholischen Zustandsbildes*, die *entweder sofort auf einander* folgen *oder* durch ein mehr oder weniger ausgedehntes *Intervall* von einander getrennt sind. Will man eine schärfere Trennung von der erwähnten Form der periodischen Manie vornehmen, so würde circuläres Irresein erst dann vorhanden sein, wenn zwischen den Erscheinungen der Melancholie und Manie ein echtes freies Intervall läge, nicht nur die scheinbare Ruhe des Uebergangs. In der Reihenfolge Manie—Melancholie würde die Forderung eines Intervalles diagnostisch für die Abgrenzung unwichtiger sein, da diese Reihenfolge eigentlich nur im circulären Irresein vorkommt, denn die Erschöpfungszustände mit melancholischem Anstrich nach Manie sind verhältnissmässig selten. Thatsächlich kommen alle Verbindungen zwischen den drei Zuständen der Melancholie, Manie und des freien Zwischenraums vor, die möglich sind: ein Intervall kann sich an eine Melancholie schliessen, ihm folgt die Manie, und dieser wieder ein Intervall vor der einen neuen Zirkel eröffnenden Melancholie; diese Verlaufsweise stellt ein zweifelloses circuläres Irresein dar. Fälle, in welchen in keinem Verlaufsabschnitt ein Intervall zwischen die klinisch gleichwerthigen entgegengesetzten Zustände eintritt, nennt man *alternirendes* Irresein; auch auf sie passt die allgemeinere Bezeichnung des circulären Irreseins. Dagegen wird es mehr oder weniger beliebig sein, ob man die Fälle dazu rechnen will, bei denen eine periodische Wiederholung

einer durch melancholische Vorläufer eingeleiteten Manie, oder ihr Ausklingen in einem Erschöpfungszustande melancholischer Verstimmung stattfindet.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse werden wir bald das circuläre Irresein in seinen zweifellosen Verlaufsweisen betrachten. Eine besondere Auseinandersetzung verlangt vorher noch die genauere Unterscheidung eines echten und scheinbaren **Intervalls**. Denken wir uns einen Kranken in der Periode der maniakalischen Aufregung; nach Ueberschreitung der Höhe der Erregung flacht diese sich ab. Der Kranke wird weniger heftig in seinen Reden und Handlungen, seine Haltung wird eine den Verhältnissen angemessenere, indessen hat er seine frühere Persönlichkeit noch nicht wieder gefunden. Er sieht Alles in hellem Licht; er spricht viel, macht allerlei Pläne, mischt sich in Dinge, die ihn Nichts angehen, legt noch nicht den richtigen Maßstab an die überwundene Aufregung; jedem Unbefangenen ist es klar, dass er noch nicht wieder gesund ist. Doch die Erregung sinkt langsam noch weiter; es folgt ein Zustand der Ruhe und des äussern Gleichgewichts, wie zwischen Fluth und Ebbe im Meer. Aber diese Ruhe ist sehr kurz. Denn schon zeigen sich die ersten Zeichen der zurückweichenden sinkenden Welle. Jetzt spricht der Kranke nur aufgefordert, wie aus eigenem Antrieb, er sucht die Einsamkeit, und bald ist der melancholische Zustand deutlich ausgebildet. Der todte Punkt in diesem Uebergang ist kaum festzustellen; er war unmerklich, wie sich das letzte Licht des Tages mit den Schatten der Nacht mischt.

Entgegen diesem scheinbaren Intervall betrachten wir jetzt das echte. Denken wir uns einen Kranken jetzt in der Periode der melancholischen Verstimmung; er hat angefangen seine gewohnte Thätigkeit wieder aufzunehmen, seine Pflichten in Familie und Beruf zu erfüllen. Er beginnt sich für gesund zu halten, aber ohne die Steigerung des Selbstgefühls und ohne das Gefühl überströmender Kraft, welches die Wiederkehr der maniakalischen Erregung kennzeichnet. Er beurtheilt den verflossenen Krankheitszustand richtig, ebenso seine augenblickliche Lage. Er sieht Alles im richtigen klaren Licht, aber ohne die Neigung zum Optimismus, die später eintritt. Er hat die volle Persönlichkeit wiedergefunden, wie sie vor der Melancholie bei ihm ausgebildet war. Je länger dieser Zustand besteht, und er kann Monate und länger bestehen, um so deutlicher ist er ein echtes Intervall. Diese Auffassung wird selbst dann nicht verändert, wenn die alte Persönlichkeit eine solche mit den Zeichen der Minderwerthigkeit war; dies ist sie sogar meistens, denn das circuläre Irre-

sein ist eine Krankheit, die in den meisten Fällen auf erblicher belasteter Grundlage oder nach schweren Verletzungen des Schädels und Erschütterungen des Gehirns entsteht. Die Feststellung eines solchen echten Intervalls kann von grösster Wichtigkeit werden für die Beurtheilung gegenüber dem Richter.

Wenden wir uns jetzt zu der Schilderung des echten circulären Irreseins, ohne oder mit Intervallen, und fassen die **leichteren Formen** seines Auftretens zuerst ins Auge, weil sie verhältnissmässig oft im täglichen Leben vorkommen und in Beobachtung und Behandlung der praktischen Aerzte treten. Oft trifft man in den Familien und in der Gesellschaft Menschen, die man überhaupt nicht als Kranke ansieht, noch weniger als Geisteskranke, deren ganzes Leben aber, unbemerkt von der Mehrzahl der Personen in ihrer Umgebung, in einem periodischen Wechsel mässiger Erregung und Verstimmung abläuft. Sie fahren fort in der Oeffentlichkeit oder im Schoß der Familie zu leben, ohne dass man daran denkt, sie als Kranke zu behandeln. In der Periode der Aufregung scheinen sie nur eine leichte Charakterveränderung zu bieten und für Augenblicke einen etwas ungewohnten Thätigkeitstrieb gewonnen zu haben. Sie übernehmen allerlei Geschäfte; sie machen zahlreiche Besuche; sie schreiben Briefe an Personen, mit denen sie gewöhnlich nicht verkehren; sie haben ein Bedürfniss nach beständiger Bewegung; sie schlafen wenig, machen Reisen oder zahlreiche Pläne; mit fieberhafter Thätigkeit erfüllen sie ihre Berufspflichten oder auch schreiten sie zu neuen Unternehmungen im Gegensatz zu ihren gewohnten Beschäftigungen; sie tragen bei jeder Gelegenheit eine übertriebene Fröhlichkeit zur Schau; sie zeigen sich aufgeräumt, gesprächig und selbst geistreich, und obwohl ihre Handlungen immer in grosser Unordnung geschehen und ihre Unterhaltung etwas Unzusammenhängendes hat, so können Personen, die sie nicht von früher her kennen und sie nicht zu andern Zeiten beobachtet haben, ihren wirklichen geistigen Zustand nicht beurtheilen, während die krankhafte Natur dem aufmerksamen Beobachter nicht entgehen wird und zuweilen auch richtig von Familienmitgliedern gewürdigt wird oder von andern Personen, die gewöhnlich mit ihnen leben.

Dieser krankhafte Zustand wird in anderer Weise deutlich, wenn man nach kürzerem oder längerem Bestehen der Erregung, die als eine einfache Veränderung des Charakters galt, allmählich oder plötzlich bei den bis dahin übertrieben fröhlichen und thätigen Personen einen ganz entgegengesetzten Zustand eintreten sieht, in einer Weise, dass man glauben möchte, es mit zwei verschiedenen Menschen zu

thun zu haben, auch wenn bei Wiederholung des Kreislaufes die Persönlichkeit jedes einzelnen Abschnittes der im entsprechenden früheren gleicht. Anstatt jene überströmende Thatenlust zu bieten, die weder Müdigkeit noch ein Bedürfniss der Ruhe kennt, hören diese Kranken auf auszugehen, Besuche zu machen, sich mit Geschäften zu überladen; sie wechseln völlig den Charakter; sie werden geneigt zum Stillesitzen, wenig mittheilsam, fast schweigsam; sie fliehen die Welt und suchen die Einsamkeit, sprechen wenig oder antworten kurz auf Fragen, die man an sie richtet; sie klagen über allgemeines Unbehagen, über einen Zustand peinvoller Qual, über Präcordialangst und Mangel an Appetit; sie sind traurig, unglücklich, ängstlich ohne Grund, oder doch nach eigentlich nur unbedeutenden Anlässen. Dabei haben sie ein deutliches Gefühl ihres Zustandes und sind sehr niedergeschlagen darüber, aber sie können seine Aenderung nicht erreichen; so kommen sie bis zum Lebensüberdruss, oder zur Nahrungsverweigerung, und in den äussersten Graden schliessen sie sich mehrere Monate in ihrem Zimmer ein, ohne in merklicher Weise die Aufmerksamkeit der Personen in ihrer Umgebung auf sich zu ziehen, höchstens dass man weiss, sie seien verstimmt, nicht gut bei Laune; man sagt, ach der hat wieder seine schlechten Tage! Andre Menschen aber sehen diese Personen ja nur von Zeit zu Zeit, und haben also keine Gelegenheit, sie zu beobachten, wenn sie sich in ihrem Zimmer einschliessen; daher taucht bei ihnen auch kein Bedenken auf wegen des eigenthümlichen Zustandes, in dem jene sich einige Monate hindurch befinden, und wenn sie später wieder zum Vorschein kommen, zur Zeit, wenn die Periode der Aufregung sich wieder erhebt, so scheinen sie wieder dieselben Personen, die man früher kannte. Man spricht dann wohl von einem excentrischen Charakter, einem sprudelnden und geistreichen Wesen, von fieberhafter Thätigkeit, wie man sie ausnahmsweise bei einigen Menschen beobachte; aber man kann nicht auf die Vermuthung eines krankhaften Zustandes kommen, der nur richtig gewürdigt wird durch die genaue Beobachtung des fortschreitenden Wechsels zwischen Aufgeregtheit und Gedrücktheit, den festzustellen fast Niemand in der Lage ist.

Diese leichten Grade von circulärem Irresein verlaufen also fast unbemerkt, und doch sind sie allein im Stande, die Eigenthümlichkeiten mancher Menschen zu erklären. Man wird ja selten gezwungen, sie zu hindern in ihrem Treiben oder sie als Geisteskranke zu behandeln; ja man kann manchen Angehörigen den Kummer sparen, dass man ihnen sagt, der Zustand sei eine geistige Störung wie andere, bedingt durch Veränderungen und Vorgänge im Gehirn. Aber der Arzt selbst wird mit jener Erkenntniss dem Kranken gegenüber zu

gerechter Beurtheilung, milder und sachgemässer Umgangsweise gelangen. Dies ist um so wichtiger, als bei vielen dieser Menschen, die ersten Andeutungen sich *schon in der Kindheit* zeigen. Solche Kinder zeigen längere Zeiten unbegründeter Verstimmung und ausschweifender Ausgelassenheit, die man gewöhnlich auf moralische Fehler oder mangelhafte Erziehung zurückführt. Es vergehen Jahrzehnte bis zur deutlichen Ausbildung der Krankheit. Sicherlich verlaufen zahlreiche circuläre Geistesstörungen als einfache Verstimmungen, Launen, berechtigte Eigenthümlichkeiten im gewöhnlichen Leben, ohne erkannt zu werden. Das circuläre Irresein kann von diesem Gesichtspunkte aus als eine Steigerung des Stimmungswechsels angesehen werden, wie er bei erblich belasteten Menschen mit einer Art Regelmässigkeit ohne äussere Anlässe, allein aus dem eigenen innern Lebensvorgang heraus sich abwickelt; dass Steigerungen und Ausbrüche der Krankheit sich vorzugsweise an die Jahre der Entwicklung und des Erlöschens der Geschlechtsthätigkeit anschliessen, steht mit jener Auffassung nicht im Widerspruch. Darum erklärt sich auch der Umstand, dass die überwiegende Zahl der Erkrankten dem *weiblichen* Geschlecht mit seinem reizbaren, empfindlichen Geschlechtsleben angehört.

Obwohl nun *manche Uebergangsstufen* zwischen der eben geschilderten halb verborgenen geistigen Störung und den *deutlichen* circulären Formen vorkommen, wollen wir zunächst nur eine solche betrachten, die alle Erscheinungen voll zum Austrag bringt. Indessen auch dabei sind verschiedene Verlaufsweisen zu berücksichtigen, besonders was die Art betrifft, in der die verschiedenen Zustandsbilder *einsetzen* und *aufhören*. Es kann dies *plötzlich* oder sehr *allmählich* geschehen; aber bei demselben Kranken pflegt dies sich meistens in derselben Weise bei jedem neuen Zirkel zu wiederholen, eine feste Regel ist es aber nicht, denn sicher ändert sich gerade dies zuweilen im Laufe der Jahre. Ueberhaupt findet man *selten*, dass der circuläre Verlauf *von Anfang an deutlich* ist, denn seiner Entwickelung gehen häufig Anfälle einmaliger oder periodischer Melancholie oder Manie jahrelang voraus, ehe sich ein gesetzmässiger Kreislauf ausbildet. Die Wandelbarkeit der auf erblicher Grundlage entstehenden Psychosen scheint einer gewissen Zeit zu bedürfen, ehe sich daraus die feststehenden Zustände und Verlaufsarten entwickeln. Vermuthlich trägt dazu oft der Umstand bei, dass mit der Ueberführung in die Anstalt die Fernhaltung äusserer Schädlichkeiten dem gesetzmässigen Verlauf aus innern Gründen allein, immer freieren Lauf lässt.

Setzen wir nun den Fall, dass nach einem scheinbaren oder echten Intervall sich rasch ein **schwerer** melancholischer Zustand gebildet hat. Wir müssten die Beschreibung der Erscheinungen der Melancholie überhaupt erneuern, um ihn in seinen verschiedenen Möglichkeiten zu schildern. Es genügt aber einzelne Zeichen hervorzuheben. Da fällt vor Allem der deutliche mimische Ausdruck immer wieder von Neuem auf, und ist man berechtigt, sein besonders deutliches Hervortreten damit in Verbindung zu bringen, dass die tiefsten Grade denkbarer Bewusstseinsstörung dem melancholischen Abschnitt des circulären Irreseins in der Regel nicht zukommen. Das Krankheitsgefühl ist meistens sehr ausgeprägt und macht den Kranken höchst unglücklich; wo er noch mittheilsam ist, äussert er oft eine grosse peinigende Angst über den von ihm mit Sicherheit vorausgesehenen späteren Eintritt der Erregung, den er schon so oft erlebt hat. Ist es nicht dieser bestimmte Gedanke, so kommen bestimmte Wahnvorstellungen nur selten zum Vorschein. Es ist mehr das allgemeine Gefühl namenlosen Unglücks, die Furcht, nie wieder gesund zu werden, was den Kranken peinigt. Bei grösserer Gebundenheit gewinnt das Gesicht einen maskenartigen Ausdruck, jeder Versuch eines mimischen Bewegungsspiels löst nur langsam schleichende Muskelzusammenziehungen aus, die nur wie zögernd den starren Ausdruck unterbrechen. Furchen und Runzeln graben sich buchstäblich ein in die Haut, und das Studium der Physiognomie des Leidens kann hier am Deutlichsten ausgeführt werden. Zuweilen tritt zu diesem Ausdruck des seelischen Schmerzes noch ein rein körperlicher Kopfschmerz, doch ist dies seltener; daneben bestehen dann wohl auch Blutüberfüllung, Schweissabsonderung, Ohrensausen, Druck und Benommenheit. Der Appetit ist gering, der Stuhlgang angehalten. Der Schlaf ist, bei scheinbarer äusserer Ruhe in der Bettlage, schlecht; wüste Träumereien quälen den Kranken, und erwacht er mit dem Gefühl der Abgeschlagenheit. Das Körpergewicht sinkt in dieser Zeit meist beträchtlich, doch bei längerer Dauer scheint sich der Körper gewissermassen an den Krankheitszustand zu gewöhnen, und findet man wieder eine langsame Zunahme des Gewichts.

Behalten wir den besonderen Fall im Auge, dass eine weibliche Kranke in starrer Gebundenheit im Bett liegt; der Zustand dauert mehrere Wochen, eine in diese Zeit fallende Menstruation bleibt einmal aus, und ein andermal verläuft sie ohne Eindruck zu machen, seltener bringt sie den Umschwung zu Stande. Ohne äussere Veranlassung sieht man bei sehr aufmerksamer Beobachtung nun schon leichte körperliche Veränderungen eintreten; die Kranke athmet ab und zu

tiefer, legt sich auf eine andere Seite, die Lippen bewegen sich zuckend, und wie ein Blitz läuft zuweilen über das Gesicht ein fremder Ausdruck. Nach einigen Stunden richtet sie sich im Bett auf, seufzt tief; der Puls ist nicht beschleunigt, zuweilen wieder etwas voller als vorher. Da die Kranke sich bald wieder hinlegt, kann ein nachlässiger Beobachter meinen, es sei Alles wie vorher. Der Erfahrene kennt aber diese leisen Vorboten des Sturms. Plötzlich in einer Nacht, nein einer Stunde, ja in wenigen Minuten ist er da; jetzt fliegen die Kissen und das Bettzeug umher, lautes Schelten und Reden eröffnen die Scene, und eine echte maniakalische Tobsucht beginnt. Die Erscheinungen weiter zu schildern, unterlasse ich hier; aber ein wichtiges Zeichen fällt sehr auf; es ist die in den meisten Fällen verhältnissmässig gut erhaltene Besonnenheit der Kranken, die oft eine völlige ist.

Grade dieser eigenthümliche Mangel der Uebereinstimmung zwischen der Besonnenheit und dem echt tobsüchtigen Handeln des Kranken macht ihn oft zu einer wahren Plage für seine Umgebung, namentlich wenn nach den ersten aufgeregten Stunden oder Tagen die maniakalische Erregung etwas geringer geworden ist. Die gesteigerte Auffassungs- und Beobachtungsgabe setzt den Kranken in den Stand, seinen Neigungen und Gelüsten mit ausgesuchter Schlauigkeit nachzugehen und jede Gelegenheit, die sich ihm nach dieser Richtung darbietet, in weitestem Umfange auszunutzen. Er ist daher überaus erfinderisch in Mitteln, seine Umgebung zu hintergehen und sich der Ueberwachung zu entziehen, sich kleine und grosse Vortheile zu verschaffen, fremdes Eigenthum, oft ganz werthlose Dinge, in seinen Besitz zu bringen, alle möglichen tollen, zwecklosen Streiche zu verüben. In der Anstalt beherrscht er sehr bald seine Mitkranken vollständig, beutet sie aus, bevormundet sie, wo es irgend angeht. Dies ganze Benehmen wird ihm durch eine gewandte, freilich etwas redselige Unterhaltungsgabe erleichtert, und kann ein sehr hoher Grad von Beweglichkeit und Erregung unter dem Vorherrschen besonnener Dialektik etwas verdeckt werden. Um so lästiger, ja widerlicher werden diese Kranken, denn unter fortwährender Berufung auf ihren klaren Geist, ihre hohe und feine Bildung wissen sie es oft durchzusetzen, dass sie in besseren Abtheilungen sind, und werden hier eine Qual für andere besinnliche Kranke, da sie unsauber bis zum Aeussersten die schmutzigsten Dinge in die Taschen stecken, bei jedem Tadel aufbrausen und durch ihre geschwätzige Schönrednerei solche Kleinigkeiten den Andern gegenüber zu vertuschen suchen. Aber auch wenn die Erregung die höchsten Grade erreicht, bleibt die Besonnenheit meistens noch grösser als sonst in der Tobsucht.

Sehr bezeichnend ist auch während der Erregung der mimische Gesichtsausdruck und das ganze Verhalten, die etwas Stereotypes im Laufe der Zeit zu gewinnen pflegen; natürlich ist es hier kein beständig gleicher Ausdruck, sondern ein häufig wechselnder, aber die Wiederholung der ganzen Stufenleiter der Gefühle zeigt sich in jedem neuen Anfall wieder in den gleichen Geberden, in Haltung, Sprache und Miene. Dazu gehört dann auch das gelegentliche vorübergehende Einfallen eines weinerlichen Affects, seltener einer echten melancholischen Verstimmung von kurzer Dauer. Die Erinnerung an irgend ein trauriges Ereigniss in dem einseitig geführten Gespräch des Kranken, der keine Antwort abwartet, genügt, um eine weinerliche leidselige Stimmung herbeizuführen, die aber dann sofort wieder umschlägt.

Der Abfall ist fast regelmässig kein plötzlicher, sondern vollzieht sich langsam.

Es ist keine Einigkeit unter den Berichten über das circuläre Irresein darüber zu finden, ob der Zirkel, wo er von Anfang an deutlich ist, mit einer Melancholie oder einer Manie beginnt; da aber doch die meisten übereinstimmen in der Angabe, dass die Melancholie den Reigen eröffnet, so ist die Annahme nicht ganz zurückzuweisen, dass wenigstens in den leichteren anderen Fällen der melancholische Abschnitt übersehen ist; jedenfalls ist in Hinsicht darauf, dass melancholische Vorläufer bei den meisten Psychosen einer Erregung vorausgehen, die sofortige Entstehung der Manie nur mit einer gewissen Vorsicht anzunehmen.

Mehrfach ist behauptet worden, dass das circuläre Irresein immer ohne Sinnestäuschungen einhergehe; wenn auch eingeräumt werden muss, dass dies Verhalten das häufigere ist, so ist doch auf das Bestimmteste zu versichern, dass es Fälle von circulärem Irresein mit Sinnestäuschungen giebt. Jedenfalls darf man diese Fälle nicht ohne Weiteres aus der vorliegenden Gruppe ausschliessen, da sie alle ihre sonstigen Kennzeichen tragen. Vielleicht sind es nur die schwersten Fälle, in denen sie sich zeigen; diese verlaufen in Anbetracht ihrer einzelnen Abschnitte meistens rascher, auch scheinen es vorzugsweise die seltenen Fälle zu sein, in denen der Wechsel zusammentrifft mit der Menstruation.

Die Dauer der einzelnen Abschnitte ist also bei verschiedenen Kranken eine sehr verschiedene, während sie bei demselben Kranken eine grössere Gleichmässigkeit der Ausdehnung zeigt. Sehr selten verläuft ein Abschnitt in wenigen Tagen, meistens braucht er einige Wochen, aber er kann auch Monate und Jahre dauern. Ganz im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die melancholischen Abschnitte

durchschnittlich länger dauern, als die maniakalischen, und dass etwa vorhandene Intervalle kürzer sind als einer jener andern Abschnitte. Am Schwankendsten ist jedenfalls die Dauer der Intervalle, die um so mehr hervortreten, je stärker die Erregung gewesen war, so dass man die volksthümliche Ansicht bestätigt findet, die von einem Austoben spricht; eine befriedigende wissenschaftliche Umschreibung dieses Verhaltens ist nicht gegeben.

Eine grosse Uebereinstimmung herrscht darüber, dass selbst nach langer Dauer der Krankheit der Ausgang in wirklichen Blödsinn nicht beobachtet ist. Noch nach zwanzig- oder dreissigjährigem, ja längerem Bestehen findet man die Intelligenz in allen Abschnitten sich auf gleicher Höhe halten. Wie alle Menschen unterliegen diese Kranken den natürlichen Wirkungen des fortschreitenden Alters, und kann bei ihnen daher die körperliche und geistige Rührigkeit bis zu einem gewissen Grade vermindert sein. Aber fast niemals zeigen sie geistig oder körperlich einen frühzeitigen Verfall. Man findet fast in allen Anstalten einzelne von dieser Krankheit befallene Kranke, die ein Alter von 60 und 70 Jahren erreicht haben, und doch noch eine erstaunliche, fast jugendliche geistige Rührigkeit beweisen, die natürlich in der Zeit der Exaltation besonders deutlich hervortreten kann.

Im Allgemeinen schwächt sich die Krankheit im Alter aber doch ab, sowohl die Ausdehnung der Anfälle und Abschnitte wie ihre Stärke. Wenn sich dabei auch die Intervalle verkürzen und die anderen Abschnitte näher zusammengeschoben werden, so kann schliesslich eine unreine Erscheinungsform vorliegen, in der nur häufiger und rascher, aber kurzer Stimmungswechsel Anklänge an den früheren Verlauf bietet.

Nach Allem muss die Prognose als eine ungünstige hingestellt werden. Echte Genesungen sind niemals beobachtet. Selbst vorübergehend ist eine Abschwächung der Erscheinungen nicht zu günstig zu beurtheilen, da bald schwerere wieder an ihre Stelle treten können. In sehr seltenen Fällen ist das Klimacterium ein Wendepunkt, von dem an die Milderung der Krankheit beginnt, die nicht von einer Genesung zu weit entfernt ist.

Obwohl nicht wenige dieser Kranken im Alter an Schlaganfällen leiden, an denen sie auch oft zu Grunde gehen, so gelingt es doch nicht, sonst eine sichere greifbare anatomische Grundlage für den Krankheitsprocess aufzufinden.

Was nun endlich die Behandlung des circulären Irreseins überhaupt betrifft, so ist es nicht möglich, Heilungen zu erzielen. Man muss sich beschränken, die Anfälle zu mildern. Es ist nicht möglich,

den Zirkel zu durchbrechen, so nahe es liegt, in dieser Richtung energische Versuche zu wagen. Selbst wenn es einmal gelingt, ein einzelnes Glied in der Kette ganz auszulösen, so scheint dadurch eher eine nachträgliche grössere Verwirrung zu folgen als eine dauernde Abschwächung. Die Fernhaltung äusserer Schädlichkeiten ist jedenfalls die Hauptforderung und am Besten in einer Anstalt zu erreichen; daher sollte man sich nicht scheuen, auch schon geringere Grade aus den Familien zu entfernen, und nicht nur bei drohendem Selbstmord oder andern gefährlichen Ereignissen daran zu denken. Man ist freilich in Anstalten nicht sehr geneigt, diese Kranken, namentlich die leichteren Fälle, zu behalten, da sie sehr lästig sind, aber die Angehörigen leiden unter ihnen zu sehr, und die Kranken selbst kommen in einer Anstalt leichter über die Anfälle hinweg. Bei längeren Intervallen aber wird man diese immer wieder zu längeren zeitweiligen Entlassungen benutzen dürfen, wozu die Verhältnisse dann auch immer wieder zwingen.

Arzneimittel sind am Wirksamsten zur Unterstützung des Abfalles der Erregung, während man im Anstieg des melancholischen wie maniakalischen Anfalles wenig erreicht. Auch das sonst bei periodischer Manie so wirksame Bromkalium versagt hier, ebenso die Benutzung des Opiums und Morphiums. Es ist daher im Ganzen die Behandlung nur nach allgemeinen Grundsätzen der Therapie zu versuchen, wie sie schon bei verschiedenen anderen Gelegenheiten besprochen worden sind. Wo es möglich ist, hat man durch dauernde Bettlage zuweilen Erfolge. Mindestens erreicht man dadurch eine deutliche Zusammenhaltung der Körperkräfte, die sich genau am Gewicht nachweisen lässt.

Gesichtstafel III.

Gesichtstafel III.

Periodische Formen.

Die seltene Form der periodischen Melancholie bietet im Allgemeinen im Ausdruck nichts von der einfachen Melancholie Abweichendes. Die beiden oberen Bilder stammen von einer Frau, bei der die periodische Form unrein hervortritt, da sie unregelmässig unterbrochen wird von heftigen Erregungszuständen; im Ganzen aber ist der periodisehe Wechsel auf die melancholische Verstimmung beschränkt. Das erste Bild lässt die bei der Tafel zur Melancholie gemachten Erörterungen theilweise erkennen.

Das zweite Bild zeigt einen eigenthümlichen Ausdruck, der mit Melancholie zwar nichts zu thun hat, aber doch ein besonderes Interesse beansprucht. Er wurde nur theilweise durch die Stimmung der Kranken bedingt, die eine trübe war; hauptsächlich ist er hervorgerufen durch grelles Sonnenlicht, welches sie traf: das Runzeln der Stirn und Augenbrauen, die Wulstung der Nasenhaut, die Heraufziehung der untern Augenlider, der Backen und der Oberlippe dienen gemeinsam dazu, die Oeffnung der Augen zu verringern, um den Eintritt des Lichts zu verhindern. Als ein schattigerer Platz ausgesucht war, wiederholte sich aber mehrfach noch dasselbe Mienenspiel, und zeigte die Unterhaltung mit der Kranken, dass sie Gefühle des Ekels und Widerwillens hatte, die mit ihrer melancholischen Stimmung in Verbindung standen; auch die schlaffe Lage der Hände rührt von dieser.

Die periodische Manie kann die ganze Stufenleiter heiterer Ausdrücke bis zur Wuth und den ungebundensten Affecten mit ihren zwecklosen überschüssigen mimischen Bewegungen durchlaufen; sie sind zum Theil nicht photographirbar; aber auch bei leichterer Erregung entstehen durch gleichzeitige Körperbewegungen grosse Schwierigkeiten. So setzt sich z. B. auf dem ersten der beiden untern Bilder die Frau hin, um sich photographiren zu lassen, daher das kühn umgeschlagene Tuch und die bequeme Stellung der Hände. Der fest geschlossene Mund gibt ihr in Verbindung mit den herabgezogenen und leicht gerunzelten Augenbrauen den Ausdruck der Entschiedenheit, der durch die leichte Heraufziehung des Mundes an der einen Seite, wo die Nasenlippenfalte deutlicher hervortritt, einen leichten Anflug von höhnischem Trotz annimmt, wozu auch die eingezogene Unterlippe beiträgt.

Das zweite Bild gibt im Gegensatz zum ersten einen heitern und verschmitzten Ausdruck wieder, durch grössere Glättung der Stirn, die eine hochgestellte Augenbraue und die hochgezogenen Mundwinkel bei gleicher Ausbildung beider Nasenlippenfalten. Die Kranke sprach zwischendurch fortwährend und erzählte prahlerisch frühere Erlebnisse; die ganze Angelegenheit des Photographirens machte ihr aber viel Vergnügen.

Dass Geisteskranke dieselben Ausdrucksformen benützen wie Gesunde, mag hier erwähnt werden, da Unerfahrene hierüber oft unklar sind.








Gesichtstafel IV.

Gesichtstafel IV.

Periodische Formen.

Die bildliche Darstellnug des Gesichtsausdrucks beim circulären Irresein würde, um vollständig zu sein, auch den freien Zwischenraum wiedergeben müssen; um die Zahl der Abbildungen aber nicht zu gross zu machen, sind nur die Gegensätze der maniakalischen und melancholischen Zustände berücksichtigt, da die letzteren sich dem Ausdruck im freien Zwischenraum auch sehr nähern, wie es namentlich bei dem Manne der Fall ist.

Die Bilder veranschaulichen nun den genannten Gegensatz sehr deutlich; sie bedürfen im Ganzen keiner weitern Beschreibung, namentlich wenn man die Erörterungen auf den drei vorstehenden Tafeln zu Rathe zieht. Dass es sich in beiden Fällen um dieselbe Person handelt, wird dem aufmerksamen Beobachter nicht entgehen, so verschieden der erste Eindruck ist. Da sich namentlich die Hautfalten aus der melancholischen Zeit, die ja lange Zeit stehen bleiben, dauernd eingraben, wird der erregte Eindruck wohl etwas verwischt. Bemerkenswerth sind auf der Stirn der melancholischen Frau zwei halbkreisförmige Furchen oberhalb der äusseren Theile der Augenbrauen. Im melancholischen Zustande litt diese Kranke an sehr heftigen Kopfschmerzen und zeigte der Stirnmuskel häufige kurze Zuckungen in seinen äussern Theilen oberhalb jener Furchen; weil der mittlere Stirntheil festgestellt ist durch die früher erörterten Muskelwirkungen, beschränkte sich das krampfhafte Muskelspiel auf die äusseren Theile und rief dadurch die eigenthümlichen halbkreisförmigen Furchen hervor.

Natürlich war das Mienenspiel der Kranken während der Erregung ein sehr lebhaftes, und dürfen die gegebenen Bilder daher nur als gewissermassen zufällig gefundene Ausdrucksformen gelten; beide Kranke sprachen fortwährend, grimassirten, schalten; bei der Frau sind Wuthausbrüche schlimmster Art in der Periode der maniakalischen Erregung sogar etwas sehr Häufiges.

Dass zwischen Mimik und Physiognomik zu unterscheiden ist, lehren die circulären Formen sehr deutlich; so steht z. B. die lebhafte Mimik während der Erregung dem starr gewordenen Gesichtsausdruck in der melancholischen Zeit gegenüber.








D. Paranoia.

Die Gruppe der geistigen Störungen, die hier unter dem Namen der Paranoia zusammengefasst sind, bringt als wichtigstes Merkmal zu den Erscheinungen der Melancholie und Manie, die alle auch bei ihr wiederkehren können, noch die Zusammenfügung oder systematische Verarbeitung von Wahnvorstellungen hinzu; in Melancholie und Manie hatten diese etwas Flüchtiges, die Verbindung der Vorstellungen war nicht nach einem bestimmten Plan geordnet. Dies geschieht nun in der Paranoia. Aber durch die verschiedenartigste Verbindung der andern Zeichen geistiger Störung mit den sogenannten fixen Ideen kommt es zu zahlreichen Krankheitsbildern. Es herrscht noch grosse Uneinigkeit in der Abgrenzung dieser gegen einander, und ist es für den Lernenden entschieden richtiger, den Streit der Meinungen so lange nicht zu beachten, bis er allgemein anerkannte Lösungen gefunden hat. Zur Zeit ist daher die grösste Einfachheit der Eintheilung das Beste, und wird es dadurch möglich, auch zukünftige Fortschritte der Wissenschaft einzureihen, sobald sie allgemein anerkannt sein werden. Indessen bieten sich ungezwungen einige Untergruppen schon jetzt mit deutlichen Merkmalen. Es sind dies der Wahnsinn und die Verrücktheit, wie wir sehen werden. Ihnen schliesst sich dann noch eine dritte Gruppe an, in der gewisse Ausgangszustände einmal der Melancholie und Manie, andererseits des Wahnsinns und der Verrücktheit zusammentreffen, deren klinischen Bildern aber keine auf den verschiedenen Ursprung mehr hinweisende Zeichen zukommen; die Bezeichnung Paranoia hat in dieser letzten Gruppe secundäre Bedeutung, und müssen ihr auch die Ausgangsformen einzelner unter dem Bilde der schon ursprünglich als Verrücktheit erkennbaren Zustände zugerechnet werden, da ihnen mit allen anderen gemeinsam das Zeichen der Verwirrtheit ist, ohne dass sie in völlige geistige Schwäche oder Blödsinn übergehen.

Es ist sehr werthvoll aus rein äusseren Gründen an der gemeinsamen Bezeichnung festzuhalten und für alle Zustände nur den Namen Paranoia gegenüber den Kranken, Angehörigen und dem Richter zu gebrauchen; die Angehörigen und der Kranke selbst erschrecken bei Bezeichnungen wie Wahnsinn, Verrücktheit, der Richter versteht in Folge früherer Ansichten der Psychiatrie darunter meistens ganz etwas

Anderes als die Irrenärzte, deren Ansichten wie gesagt auch heutzutage darüber noch weit auseinandergehen. Trotzdem kann man aus wissenschaftlichen Gründen eine Eintheilung der Paranoia nicht ganz entbehren.

1. Wahnsinn.

Wahnsinn ist eine geistige Störung, in der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen rasch zu einem in sich zusammenhängenden Ganzen verarbeitet werden in inniger Verbindung mit starken Affecten; bei der Verrücktheit sind Affecte nur zufällige Bestandtheile des Krankheitsbildes, und schwinden dann immer wieder nach flüchtigem Erscheinen. Während des zur vollen Deutlichkeit ausgebildeten Wahnsinns sind die Affecte beständig da, sobald die Wahnideen auftauchen; der Wahnsinn hat entsprechend den Aus- und Anklängen aller affectvollen Zustände unregelmässige Schwankungen in seinem Auftreten, die der Verrücktheit in so hohem Grade fehlen; er ist ein acuterer Theil der Paranoia, der auch im Ganzen rascher verlaufen und günstigere Aussichten des Verlaufs bieten kann. Wenn Paranoia bei Personen mit rüstigem Gehirn auftritt, ist ihre Erscheinungsform häufiger der Wahnsinn, während Verrücktheit schon eine minderwerthige Anlage befürchten lässt.

Naturgemäss hat die Beschreibung das Hervortreten gedrückter und gesteigerter Affecte zu unterscheiden, obwohl im einzelnen Fall ihre Trennung oft gar nicht vorhanden ist. Die Entstehung des Krankheitsbildes des Wahnsinns **mit gedrückten Affecten** hat grosse Aehnlichkeit mit der Melancholie, doch ist die Bedeutung der Wahnvorstellungen schon im Anfange der Krankheit eine grössere; sie haben schon früh einen Inhalt, der sich in bestimmter Weise auf die eigene Person bezieht und sehr oft Zustände des eigenen Körpers betrifft. Sehr rasch treten dann die Beziehungen zur Gesellschaft in den Kreis dieser Wahnvorstellungen und werden in Zusammenhang gebracht mit ängstlichen Gefühlen und Empfindungen.

Vergegenwärtigen wir uns die heftigeren Erscheinungen solcher Fälle. Nach wenigen Wochen der Schlaflosigkeit, reizbarer Stimmung, in der die Kranken aus harmlosen Wahrnehmungen überraschende, beunruhigende Schlussfolgerungen ziehen, von deren Unrichtigkeit sie sich gar nicht überzeugen lassen wollen, bricht eine allgemeine Unruhe mit erheblicher Störung des Bewusstseins hervor. Aus den wirren Reden ist noch kein Zusammenhang der ängstlichen Vorstellungen zu erkennen; aber nach einigen Tagen tritt wieder eine grössere äussere Ruhe ein, und man kann von den Kranken über einzelne Dinge richtige Auskunft

erhalten. Aengstliche Vorstellungen schliessen sich an die meistens noch unbestimmten Sinnestäuschungen: wie Klopfen am Fenster, Geräusche in der Ferne oder es sind bestimmte Erscheinungen und Stimmen; aber das Gefühl der Beeinträchtigung, der Verfolgung der eigenen Person durch fremde Widersacher drängt sich rasch in den Vordergrund der Vorstellungen, und nun schiessen wie Flächen um den Mittelpunkt eines Krystalls um diese fixe Idee viele andere auf, die aber ihren Stoff aus dem vorhandenen Bewusstseinsinhalt nehmen, ihn um und an jene Idee sich lagern lassen, so dass wieder ein zusammenhängendes Ganze aus dem Vorstellungsinhalt wird; die aufgeregte ängstliche Stimmung lässt keinen so feinen systematisirten Plan entdecken wie in der Verrücktheit, aber alle Gedanken laufen doch in jenem Punkt zusammen. Eine lebendige Persönlichkeit bleibt der Mittelpunkt des krankhaft gestörten Seelenlebens; die Angst nimmt alle Wahnvorstellungen gefangen, lässt sie nicht in der ruhig überlegenden Weise des Verrückten in ein festes Gewebe zur Abwehr der feindlichen Einflüsse zusammenspinnen, aber hindert doch nicht die Auswahl und Verbindung einzelner Vorstellungen nach einem fortlaufenden Faden, während der Melancholische ohne solche subjective Richtungsgebung sich seinen ängstlichen Vorstellungen als schuldiges Opfer überlässt.

Obwohl es nicht sicher in allen Fällen nachgewiesen werden kann, dass Sinnestäuschungen dabei vorhanden sind, so gelingt es doch oft genug, so dass bei der Gleichartigkeit des sonstigen Verhaltens die Regelmässigkeit ihres Vorkommens sehr viel Wahrscheinlichkeit hat. Alle diese Theilerscheinungen der Krankheit tragen nun zu dem eigenthümlichen Inhalte der Wahnvorstellungen bei; ihre innige Verknüpfung bedingt auch die Verfälschung der Wahrnehmungen des Kranken. Unheimlich erscheinen ihm seine Angehörigen, die nur scheinbar ihr früheres liebevolles Benehmen bewahrt haben, um damit ihren Hass, ihre Abneigung und ihre Absichten desto sicherer zu verdecken. Ihr Benehmen ist aber ein schändliches, ganz ungerechtes, denn er, der Kranke, hat Nichts versehen. Dies unverschuldete, unbegreifliche Unglück ist aber eine unumstössliche Thatsache; nicht allein die Familie gehört zu den Verfolgern und Schmähern, sondern überall zeigen sich Beobachter, auf der Strasse sehen alle Menschen sich mit aufmerksamen Blicken um. In der Anstalt vereinigen sich Alle, Kranke, Wartpersonal und Aerzte, um in hämischen Bemerkungen, in Schimpfworten, die auf Sinnestäuschungen beruhen, schändliche gemeine Dinge auszusprechen. Am Deutlichsten ist die starke Gefühlsbetonung im Kampfe gegen solche

Einflüsse beim weiblichen Geschlecht; aber nicht nur beim Eintritt der Geschlechtsreife, wenn sich bis dahin unbekannte Gefühle und Begierden bei einem jungen Mädchen mit den krankhaften Wahnvorstellungen verbinden, sondern auch sonst ist die Heftigkeit des Gefühls der Unterdrückung, der widrigen Beeinflussung bei Frauen ein starkes; die Angst ist nicht eine passiv in das Schicksal ergebene oder eine plötzlich zum Ausbruch einer Gewaltthat führende, sondern von Gefühlen schmerzhaften unrechten Erleidens und der Neigung zum dauernden Widerstand und Kampf begleitet. Diese Kranken werden leicht gewaltthätig, denn alle Einflüsse drehen sich um die eigene Person. Sie sind auch dann immer völlig im Recht, denn eine Erklärung über falsch von ihnen aufgefasste Vorgänge in der Umgebung, über missdeutete Reden und Geräusche, warten sie nicht ab — was ein Verrückter ruhig anhört — sondern selbstredend, gestikulirend zwingen sie häufig zu ihrer Beschränkung; jeder Versuch dazu ist natürlich ein neuer Beweis in ihren Händen, und wird dadurch die Vergewaltigung von ihren vermeintlichen Widersachern bewiesen. Die höchsten Grade der Angst und des ängstlichen Widerstrebens treten hervor und klingen nicht nur nach einem nothwendig gewordenen Beschränkungsversuche lange nach, sondern ohne diesen hält sich eine solche affectvolle, ängstlich erregte Stimmung, von bestimmten zusammenhängenden Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen begleitet, Wochen-, Monate- und Jahrelang mit kurzen Unterbrechungen.

Letztere sind nicht Zeiten der Erschöpfung wie in einer ängstlich erregten Melancholie, sondern andere periodische Schwankungen nicht immer festzustellender Natur; denn es ist eine sehr wichtige Thatsache für die Beurtheilung des Wahnsinns, dass Schlaf und Appetit gut erhalten sind, trotz der lebhaften Affecte und Unruhe am Tage. Diese Erhaltung des Schlafes namentlich ist in mehrfacher Hinsicht ein bedeutsames wichtiges Zeichen; es ist ein ungünstiges, denn in zweifelhaften Fällen deutet es darauf hin, dass feste Wahnvorstellungen vorliegen, nicht flüchtige wie in der Melancholie, dass die Form der vorliegenden geistigen Störung also schlechtere Aussichten auf Genesung bietet. Die ausreichende und völlige Ruhe des Körpers während des meistens sehr guten Schlafes lässt in den innern Organen vorliegende Reizzustände sich ausgleichen, die Ernährung bleibt gut, und trotzdem erwacht am Morgen der Kranke ohne äussere Anreize mit demselben schmerzlich erregten und widerstrebenden Benehmen, von gleichen Vorstellungen des Verfolgtseins gepeinigt. Er spricht daher am Tage meistens viel, hält lange Selbstgespräche, schilt laut vor sich

hin, flucht und droht. Trotzdem ist sein äusseres Benehmen dabei sonst in anderer Weise völlig geordnet; seine Kleider behandelt er sorgfältig, ist reinlich und geht mit Speise und Trank durchaus richtig um; überhaupt sind die Bewegungen niemals masslose oder unwillkürliche, sondern gezügelt und beherrscht, soweit der Affect keinen Widerstand findet. Der Kranke droht wohl gelegentlich mit Selbstmord, aber die Ausführung ist selten; wohl sind Affecte da, aber sie können gezügelt werden. Es ist daher in Anstalten nicht so ungewöhnlich, dass bei besondern Anlässen, wie geselligen Festen, diese Kranken sich zusammennehmen können, um daran Theil zu nehmen; länger reicht ihre Selbstbeherrschung aber nicht, bald nachher überlassen sie sich wieder ungezügelt dem Kreise ihrer Wahnvorstellungen, die durch gleichartige Sinnestäuschungen wieder neue Nahrung erhalten. Andrerseits kommen aber auch im Laufe der Krankheit, ohne die unterstützende absichtliche Selbstbeherrschung, Zeiträume äusserer Ruhe vor, die zuweilen an einen periodischen Verlauf erinnern; dann aber bleiben auch im freieren Zwischenraum doch deutlich die bestimmten Wahnvorstellungen und unterscheiden den Zustand von dem periodischen Irresein im eigentlichen Sinne.

Mit heftigem, aber schon meistens eine **gehobene Stimmung** bedeutenden Affect verbundene dauernde Wahnvorstellungen sind besonders religiöse, um so mehr als sie fast immer durch Sinnestäuschungen genährt werden. Hier sind begeisterte Propheten zu finden, die mit lauter mächtiger Stimme ihre göttliche Sendung ausrufen und von Jedem aufmerksame gläubige Andacht verlangen. Der Sohn Gottes, die Tochter Zions erscheinen siegestrunken und voll Zuversicht in Haltung, Geberde und Ton. In pathetischer schöner Stellung, mit erhobener Rechten, flammendem Auge erhebt sich der Prophet und verkündigt aller Welt seine Mission; aber der Affect ist so gross, dass der Kranke auch eingeschlossen in einer Zelle den Fluss seiner Rede nicht zu beherrschen vermag. Diese Kranken sind nicht so völlig geordnet in ihrem Aeussern, selten können sie sich absichtlich unterbrechen; ja es kommt hier sogar zu den höchsten Graden der Ekstase mit scheinbarer starrer Gebundenheit aller Bewegungen des verzückt Dastehenden. Der Kranke sieht himmlische Erscheinungen, herniederschwebende Engel, den heiligen Geist, Christus oder die Jungfrau Maria, die ihn dazu berufen, Apostel, Papst, Braut Christi, Mutter Gottes zu werden. Sehr häufig mischen sich dazu geschlechtliche Empfindungen, Gefühle der höchsten Seligkeit und Wonne. Während dieser Verzückung, die in der Regel nicht länger als einige Tage dauert, ist der Kranke fast vollkommen unempfindlich

und theilnahmlos für seine Umgebung. Mit weit geöffneten Augen, meist nach Oben blickend, liegt er vielfach regungslos am Boden oder auf den Knieen, ohne sich um seine Umgebung zu kümmern. Nach dem allmählichen Erwachen aus diesem Zustande besteht meistens eine ziemlich vollständige Erinnerung an die visionären Wahrnehmungen, aber zunächst keine Krankheitseinsicht. Vielmehr werden jene Erlebnisse als wirkliche Offenbarungen aufgefasst und häufig noch durch weitere, ähnliche Sinnestäuschungen ergänzt. Der Kranke vermag sich daher in seiner Lage trotz scheinbarer Rückkehr der Besonnenheit längere Zeit hindurch garnicht zurechtzufinden und begeht gelegentlich noch allerlei verkehrte Handlungen, gesticulirt in der Luft herum, schreit laut auf, entkleidet sich.

In andern Fällen ist die Versenkung des Gefühls in die Verzückung keine so tiefe und langdauernde; der Kranke sieht sich veranlasst, über die Schlechtigkeit der Welt und der Menschen predigend, sich selbst als das Heil hinzustellen und zu ermahnen, zu belehren, Alles in tiefster innerer Ergriffenheit und mit gewaltigem Pathos, erfüllt von der grossen ihn beseligenden Aufgabe. Zu grossartiger theatralischer und dramatischer Gewalt gesteigert sieht man diese Zustände des Wahnsinns, wenn mit der vermeinten Sendung vom Himmel sich der Gedanke des Kampfes gegen böse Mächte verbindet; durch Benutzung biblischer Worte gewinnt das Auftreten dieser Kranken dann einen hoheitsvollen Anstrich, und kann im Munde einer gewaltigen Persönlichkeit eine packende Wirkung ausüben. Diese Teufelsbeschwörer haben in der Culturgeschichte manche wirksame Rolle gespielt, jetzt vertraut man sie meistens dem Schutze der Anstalt. Ihre leidenschaftliche Erregung klingt freilich auch hier nicht zu rasch aus, aber mit der Zeit lernen sie es, sich etwas zu beherrschen und können sogar für Tage das Gefühl gewinnen, dass sie im „Wahn“ handelten.

Dies ist denn auch der Weg einer etwaigen sich langsam einleitenden Genesung; doch darf man bei einem derartigen Nachlass der Erscheinnungen nicht zu kühn in seinen Hoffnungen sein, denn der Wahnsinn gehört zu den weniger günstigen Formen geistiger Störungen, da der Uebergang in Verwirrtheit ein ziemlich häufiges Vorkommen ist. Im Allgemeinen nimmt der mit gehobener Stimmung verlaufende Wahnsinn einen raschern Ablauf als der mit gedrückter; doch ist ein Jahr die Durchschnittszeit, wenn es zur Genesung kommt; auch dann lässt in ungünstigen Fällen die affectvolle Grundlage nicht nach, die Wahnvorstellungen behalten ihren nur locker gegliederten Zusammenhang, und der Uebergang in fortschreitende Verwirrtheit ist ein all-

mählicher mit zahlreichen Schwankungen der Stimmung; endlich tritt nur eine gewisse reizbare, dabei auch wohl läppische Eigenart in den Vordergrund, kein Blödsinn. Im Uebrigen ist das Endergebniss nicht wohl zu unterscheiden von andern in das Bild allgemeiner Paranoia übergehenden Störungen.

Die beiden genannten Erscheinungsformen des Wahnsinns sind in der Regel Vorkommnisse der mittleren Lebensjahre. Die Entstehung ist eine nicht zu schnelle; bei sorgfältiger Beobachtung ist ein einleitendes reizbares Stadium nicht zu verkennen, von mindestens mehrwöchentlicher Dauer. Der Inhalt der Wahnvorstellungen ist natürlich weit vielseitiger als oben angedeutet, aber da diese Form der Paranoia viel seltener ist als die andere Form, die bald zu erörternde Verrücktheit, und weil in dieser der mannichfachste Inhalt uns beschäftigen muss, so darf ich hier nur die eben gegebene Andeutung machen.

Wir wollen aber noch einen gesonderten Blick auf die Behandlung des Wahnsinns werfen. Sie ist keine besondere im Vergleich zu der bei den bisher erörterten geistigen Störungen, sondern ist es auch hier die Aufgabe zu beruhigen und zu schützen; nur das Hervortreten der Affecte verlangt eine aufmerksamere Würdigung, weil ihre Bekämpfung allein eine wirksame Handhabe bietet, und nach einem sehr allgemeinen Grundsatze der Psychiatrie auch die Möglichkeit einer Heilung verschafft, da affectreiche Störungen dem ärztlichen Wirken am Günstigsten sind. Bettruhe ist zu empfehlen; bei starken Sinnestäuschungen Isolirung sobald sie sich mit Wahrnehmungen der Umgebung zu Illusionen vermischen, während echte Hallucinationen durch das Alleinsein deutlicher werden; dann thut man gut, den Kranken in Gesellschaft zu lassen, so lange er nicht durch plötzliche Handlungen gefährlich wird. Wie man sieht, ist eine Anstalt als regelmässig nothwendig vorausgesetzt, und wird es auch kaum je gelingen, diese Wahnsinnigen in der Familie zu lassen; denn es gehören starke Arzneimittel zur Niederhaltung der Affecte, und die Wahnvorstellungen der Kranken führen sie meistens dazu, Arzneien zurückzuweisen. Wenn man unter diesen einzelne hervorheben soll, so wäre wohl auf das Bromkalium am meisten Werth zu legen, doch ist es nur in grossen Mengen von sichtbaren Erfolgen begleitet. Unterstützen kann man seinen Einfluss durch Morphium, namentlich in heftiger Erregung. Zu hüten hat man sich vor verlängerten Bädern, Einwickelungen, Regenbädern u. s. w., denn der besonnenere Kranke sieht darin nur feindliche Eingriffe; bei tieferer Trübung des Bewusstseins, wie in dem Zustande der Verzückung, sind alle diese Mittel nutzlos oder dienen sogar zur Verwandlung des Krankheitsbildes in heftige

Erregungszustände mit feindlicher angreifender Stimmung. Den Werth des Bromkaliums hat man um so mehr zu schätzen, wenn Zeichen sexueller Erregung wie so oft die religiöse Verzückung begleiten. Im Uebrigen muss auch hier die Lehre von der allgemeinen Behandlung die Richtschnur sein für die Anwendung besonderer Heilmittel und Methoden.

2. Verrücktheit.

Verrücktheit ist eine geistige Störung, in der Wahnvorstellungen, meistens mit Sinnestäuschungen, zuweilen rasch, in der Regel langsam zu einem fortschreitenden Wahnsystem sorgfältig ausgearbeitet werden; die Verbindung mit Affecten ist eine zufällige, allmählich überhaupt schwindende. Die Verrücktheit ist eine Gruppe der Paranoia; es geht ihre Zusammengehörigkeit namentlich aus den Fällen hervor, die nach langem Verlauf in Verwirrtheit, nicht in Blödsinn endend, dieselben Erscheinungen bieten, wie sie dem in secundärer Paranoia endenden Wahnsinn und einigen Ausgängen der Melancholie und Manie zukommen. Die Verrücktheit kommt fast ausschliesslich bei Belasteten vor und verläuft nur ungünstig, wenn man von ganz einzelnen Fällen absieht,deren Diagnose zuweilen auch noch angezweifelt werden kann; die Verrücktheit ist, was das Wort sagt, eine Verrückung der geistigen Persönlichkeit aus ihrer früheren Lage, sie führt eine dauernde und tiefgreifende Umwandlung dieser Persönlichkeit mit sich. Die Helligkeit des Bewusstseins ist wenigstens Anfangs immer ungetrübt, die etwaigen Affecte sind vergänglich, wenn in den seltenen Fällen mit stürmischerem Anfang die einleitenden Zustände überwunden sind. In der Regel entwickelt die Krankheit sich sehr langsam, seltener tritt sie scheinbar plötzlich auf nach kurzer Zeit reizbarer Verstimmung. Meistens befällt sie also Personen, die sich erblich belastet oder durch spätere schädliche Einflüsse geistig minderwerthig oder schon früh mindestens ganz eigenartig, anders als andere gesunde Menschen zeigen.

Obwohl die Verrücktheit nicht einfach als eine krankhafte Steigerung gewisser Charaktereigenthümlichkeiten betrachtet werden kann, wie sie bei Personen mit sehr verschiedenen Naturanlagen, Bildungsgraden und Lebensstellungen vorkommen, so ist es nichts desto weniger doch sehr gewöhnlich, unter den Vorfahren verdächtige Charaktere zu finden, die z. B. zu Neid oder Stolz neigen. Solche Eigenthümlichkeiten zeigen sich dann bei den später Erkrankenden schon von

den Tagen der Kindheit an, in denen sie einen Hang zur Traurigkeit und Einsamkeit bewiesen, nicht theilnahmen an den Spielen und Vergnügungen anderer Kinder und keine Freunde unter ihnen hatten. Um die Pubertätszeit traten solche Neigungen noch deutlicher zu Tage; sie lebten für sich, verzehrt von Misstrauen und Verdacht gegen ihre Umgebung.

Der Formenreichthum des Gewandes, in dem die Verrücktheit auftritt, und ihre weite Verbreitung, die sie zu den häufigsten geistigen Störungen gleich hinstellt, erfordern eine Trennung des Stoffes in übersichtliche Abtheilungen, da die gemeinsame Darstellung eine zu breite sein müsste, um das Bild abzugrenzen. Es ist aber auf das Bestimmteste zu betonen, dass die folgenden Gruppen nur systematische Bedeutung haben, da die Verrücktheit nur selten im Rahmen der darin gegebenen einzelnen Bilder bleibt. Jedenfalls berechtigen nur sehr wenige Krankheitsfälle eine zweifellose Zuweisung zu den besondern Gruppen, und sind es dann oft mehr äussere Gründe, die dazu bestimmen können, die wissenschaftliche Erkenntniss dem gebräuchlichen Namen zu opfern, der entweder aus früheren Ansichten überliefert ist oder durch die Fragestellung des Richters in das Gutachten des Arztes hineingezwungen wird.

Im Mittelpunkt der Verrücktheit steht die Wahnvorstellung. Dabei ist es möglich, dass diese sich aus sogenannten primordialen Delirien allein entwickelt, häufiger aber in Verbindung mit Sinnestäuschungen. Daraus folgt eine Scheidung der Verrücktheit in einfache oder hallucinatorische, wobei dies Adjectiv nicht nur centrale Hallucinationen, sondern Sinnestäuschungen überhaupt bezeichnen soll. Eine weitere Scheidung berücksichtigt den Inhalt der Wahnvorstellungen, die entweder eine Beeinträchtigung der Persönlichkeit, oder eine Hebung bedeuten, und ist es gebräuchlich, darnach die Gruppe des Verfolgungswahns oder des Grössenwahns aufzustellen.

Wir betrachten zuerst wegen der Häufigkeit seines Vorkommens und der Vollständigkeit aller darin enthaltenen Erscheinungen den

hallucinatorischen Verfolgungswahn.

Den Grundzug des hallucinatorischen Verfolgungswahns bildet die Entstehung systematisirter Beeinträchtigungsideen in Folge von andauernden, im Ganzen einförmigen Sinnestäuschungen; diese Ideen sind indessen streng genommen keine fixe, sondern bis zu einem gewissen Grade wandelbare, da der anfängliche Wahn auch auf den übrigen Inhalt des Bewusstseins verfälschend einwirkt. Es gehört desshalb ein Fortschreiten der Wahnvorstellungen zu dem

Krankheitsbilde; wie wir später sehen werden, kann sich z. B. sogar aus dem Verfolgungswahn ein Grössenwahn entwickeln. Auch greift der Wahn allmählich über auf das gesammte geistige Leben des Kranken; die zeitweilig namentlich im Anfang noch nicht krankhaft veränderten Vorstellungen und ihre Verbindungen stehen daher nur insoweit unter sich in gesetzmässigem Verkehr, als sie noch nicht mit den herrschenden Wahnvorstellungen in Streit gerathen sind.

Diese scheinbare Beschränkung auf einzelne Vorstellungskreise ist anfänglich noch so bedeutend, dass die Welt nichts Krankhaftes bemerkt. Ein nicht kleiner Theil der Kranken besorgt jetzt noch in gewohnter Weise seine Geschäfte, schwierige wissenschaftliche Arbeiten können noch mit anerkennenswerthen Erfolgen ausgeführt werden, namentlich in der Unterhaltung will nachträglich Niemand etwas Verkehrtes bemerkt haben. Ein zeitweise ohne äussern Grund hervortretendes Lächeln, ein eigenthümlicher Blick nach der Decke des Zimmers, Selbstgespräche und auffallende Bewegungen werden noch als zwar merkwürdige, aber doch nicht weiter krankhafte Eigenthümlichkeiten, als sonderbare Zerstreutheit hingenommen, wenn schon Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, aber noch verborgen, bestehen. Zuweilen können so viele Jahre vergehen, und doch erräth Niemand, welche Umwandlung in dem Menschen entstanden ist. Eine leise Veränderung im Wesen ist den Angehörigen hier und da wohl aufgefallen, da sie aber Monate und selbst Jahre bestand, hat man sich daran gewöhnt. Bei dem Kranken selbst haben die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen oft auch noch nicht die überzeugende Kraft der Wirklichkeit erlangt, sie sind ihm noch nicht die zweifellose Gewissheit der ausgebildeten Krankheit, sondern mehr Ahnungen und Vermuthungen, die Auffassung der Wahrnehmungen und Sinnestäuschungen weckt noch Zweifel und Bedenken in ihm. Aber auch an die richtigen Wahrnehmungen der Aussenwelt heften sich schon persönliche Empfindungen und Vorstellungen, die jene verfälschen; es wird etwas hinter ihnen gemerkt, gesucht, was ihnen nicht zukommt. Darüber bestürzt versucht der Kranke wohl durch Vernunftgründe sich selbst zu beruhigen, aber nur mit vorübergehendem Erfolge, denn die sinnliche Deutlichkeit der Sinnestäuschungen überwindet rasch wieder die ausgeübte Kritik. Wenn man will, ist diese Kritiklosigkeit ein Zeichen geistiger Schwäche, doch ist die Urtheilsfähigkeit des Kranken in andern Dingen, die nicht seine Person betreffen, jetzt noch viel zu gross, als dass man diesen Ausdruck für zutreffend erachten möchte. Noch erstaunt der Kranke über das erwachende Misstrauen, er fragt sich

nach der Ursache; aber immer wieder kommt er auf den Gedanken, dass man etwas gegen ihn im Schilde habe, dass er Feinde habe, die ihn verderben wollen. Indem er darauf achtet, findet er, dass Alles um ihn verändert ist; Alles erregt sein Misstrauen; man spricht schlecht von ihm, verleumdet und will ihn verderben. Dabei sind es meistens nichtssagende Umstände, die ihn dazu bringen, so zu denken; Ereignisse ernsterer Art, wirkliche Unglücksfälle berühren ihn weniger und werden nicht auf seine vermeintlichen Feinde geschoben, sondern den Tod der Angehörigen, den Verlust ihrer Glücksgüter sieht er mit richtigem Gefühl an; während flüchtige Ereignisse, die seine Person berühren, eingewebt werden in das sich bildende Wahnsystem der Beeinträchtigung. Besonders hat er jetzt die Neigung in seine eigene Vergangenheit zurückzublicken und mit den frischen Eindrücken der Gegenwart längst vergangene Erlebnisse zu verknüpfen.

Eine Gehörstäuschung feindseligen Inhalts kehrt häufiger, lauter wieder; seltener hat sie einen gleichgültigen Inhalt, der aber dann auch in Zusammenhang zu dem Wahnsystem tritt. Ein körperliches Unwohlsein kann freilich genügen, um in diesen verborgen gebliebenen Vorgängen nun einen raschen Umschwung zu bewirken. Bei weitaus den meisten Fällen ist eine widrige Gehörstäuschung jetzt die Veranlassung den unbestimmten Befürchtungen eine bestimmte Richtung zu geben; mit einem Male wird der verschwiegene Inhalt lange gehegter Befürchtungen zur schrecklichen Gewissheit. Es war gewöhnlich ein einzelnes Wort, Schuft, Mörder, Schwein, vielfach ist der Inhalt eine sexuelle Beschuldigung, eine Gemeinheit. Oder es sind kurze Sätze ähnlichen Inhalts. So verblüffend und fremdartig dies zuerst wirkt, so bedarf es jetzt garnicht mehr lange einer Erklärung für den Kranken, sondern die lästige Aufdringlichkeit der häufiger wiederkehrenden Erscheinung unterdrückt jeden Zweifel an ihrer Wirklichkeit, und oft erst langsam wird die als Thatsache angesehene und kritiklos hingenommene Beschuldigung in das immer weiter wachsende Gewebe des Wahns hineingezogen und zu einem Glied in der Kette verarbeitet. Im Hause, auf der Strasse, überall verhöhnt und beschimpft man ihn.

Jetzt vollzieht sich die Eingliederung zu einem fortschreitenden Wahnsystem, theils langsam und stetig auf psychologischem Wege, theils rasch und sprungweise durch die krankhaften Reizzustände im eigenen Gehirn. Gewöhnlich ist es der nächste Schluss, aus der überall lauernden Gefahr zu folgern, dass eine Vereinigung mehrerer Feinde stattgefunden habe. Es scheint ein Complot zu sein, auch weitere Kreise müssen mit in das feindselige Geheimniss

hineingezogen sein, da auf der Strasse und überall, wohin der Kranke sich begibt, einzelne höhnende Aeusserungen an sein Ohr dringen. Wo er geht und steht, sieht er sich von Feinden umgeben, von Spionen verfolgt, die zwar nicht den Muth haben, ihn ins Gesicht hinein anzuklagen oder zu beschimpfen, aber hinterrücks heimtückisch angreifen. Er kennt diese Feinde meistens nicht persönlich, und *macht auch keine Anstrengung mehr, die Personen zu sehen*, deren beschimpfende Stimme er hört; dies ist ein bemerkenswerthes Zeichen der fortschreitenden Kritiklosigkeit; früher öffnete er wohl die Thür, das Fenster, ging auf die Strasse, um sich umzusehen nach seinen vermeintlichen Verfolgern; jetzt hat er sich in das Unabänderliche der Lage soweit gefunden, dass er nur noch eine *Erklärung* des Vorganges nöthig hat und diese leicht in *physikalischen Fernwirkungen* findet. Und da nicht *eine* Person ihn überall begleiten kann, so muss es eine *Gesellschaft*, eine Bande, eine Corporation sein, die ihn verfolgt; Freimaurer, Jesuiten, Geheimbünde aller Art, auch die Polizei besorgen diese Verrichtungen. Durch elektrische Apparate, magnetische Beziehungen erklärt sich der Kranke die gehörten Stimmen; neuerdings ist das Telephon ein beliebtes Auskunftsmittel, um mit Leichtigkeit sich selbst oder Andern die Gehörstäuschungen zu erklären. Man telephonirt ihm zu, telegraphirt in die weite Welt, was er verbrochen, was ihm bevorstehe. Daher weiss es jetzt auch alle Welt, was vorgeht, und nur misstrauisch beantwortet der Kranke an ihn gerichtete Fragen; denn man meint es ja nicht ehrlich mit ihm, man stellt sich unwissend. Daher schweigt er am Liebsten oder erklärt, er habe nicht nöthig zu antworten, man weiss ja schon Alles, man müsse es wissen. Bald wird die Verleumdung, die Drohung nicht allein mehr auf jenen Wegen überall ausgesprochen; flüchtige Wahrnehmungen gedruckter Maueranschläge zeigen ihm Hinweise auf sein Vergehen, eine für ihn ganz gleichgültige Anzeige oder ein Bericht in der Zeitung wird in kritiklosester Weise für das wachsende Wahnsystem verarbeitet. Hier findet er lieblose versteckte Anspielungen, dort unverkennbare Beschuldigungen und Drohungen; es mischen sich bald auch Wahrheit und Dichtung in der Auffassung des Kranken, denn natürlich findet sein eigenthümliches Gebahren oft genug wirklichen Widerstand und Zurechtweisung. Indessen ist das nur ein zufälliges Hinzukommen, und selbst bei verständnissvollem Begegnen wird Alles vom Kranken falsch verstanden. Aus der harmlosen Unterhaltung der Umgebung greift er Worte auf und bezieht sie auf sich; er hört aus jener geradezu höhnende Bemerkungen heraus. Die Leute deuten auf ihn, spötteln, witzeln; der Geistliche

stichelt auf ihn in der Predigt, die Gassenbuben pfeifen anzügliche Lieder.

Es ist schon eine grosse Urtheilsschwäche vorhanden, wenn solche harmlose Dinge unbedenklich in das System gezogen werden; aber diese beständige Beobachtung beunruhigt den Kranken, er wird zunächst völlig rathlos und sucht zu entfliehen. Er wechselt die Wohnung oder macht Reisen; wie jeder Ortswechsel durch die neuen Eindrücke vorübergehend unsere Stimmung und Gefühle ändern, unsere Aufmerksamkeit ablenken kann, so fühlt auch der Kranke sich anfänglich erleichtert, er athmet auf, denn wenigstens in den ersten Tagen scheinen die Verfolger seine Spur verloren zu haben und ihn in Ruhe zu lassen. Allein schon nach kurzer Zeit macht er die niederschmetternde Erfahrung, dass es ihnen doch gelungen ist, ihn zu erreichen, da das alte Spiel der Gehörstäuschungen von Neuem beginnt. Abermals wechselt er seine Wohnung oder seinen Aufenthaltsort, aber immer in derselben Weise wiederholt sich der Vorgang, so dass der Kranke endlich verzweifelnd erkennt, dass ein Entrinnen angesichts dieser schrecklichen Verschwörung gegen seine Ruhe, seine Ehre, sein Leben nicht möglich ist.

Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, an dem die Geduld des Verfolgten sich erschöpfen kann; nur Wenige ertragen es geduldig und bleiben noch längere Zeit die ruhigen Opfer der feindlichen Einflüsse. Mindestens tritt der Kranke vorübergehend aus seinem scheuen und verschlossenen Wesen heraus und stellt diese oder jene Person gelegentlich einmal über ihr feindliches Verhalten zur Rede. Zu bestimmtem Handeln oder gar Angriffen kommt es meistens noch nicht, sondern der natürlich vergebliche Versuch zur Abwehr läuft noch wieder in ein im Ganzen passives Verhalten aus. Daher meidet der Verrückte nun weiter die Aussenwelt, verschliesst Fenster und Thüren, verstopft die Schlüssellöcher; seine Nahrung kocht er sich selbst. Doch auch diese Abgeschlossenheit ist nutzlos; denn sogar die Gedanken bleiben den Feinden nicht mehr verborgen; die Briefe, die er schreibt, werden ihm von den unsichtbar Gegenwärtigen sofort laut vorgelesen; kaum aufgetaucht wird ein Gedanke nachgesprochen, ja der dem Gehörsbilde in den Sprechmuskeln zeitlich vorauslaufende Innervationsstrom bringt vorgesprochene Worte, denen der Gedanke folgt; nun vermag er kaum mehr eigene Gedanken zu haben oder niederzuschreiben; er ist ganz in der Gewalt seiner Peiniger, die ihm ihre Gedanken aufzwingen.

Die innere Unruhe und Belästigung sucht einen Ausweg; gewaltsame Handlungen sind es seltener als öffentliche Anklagen.

Gewöhnlich wendet der Kranke sich nun zu seinem Schutze an die Behörden. Entweder tritt er jetzt ohne Umschweife mit dem ganzen Wahnsystem hervor und wird dann leicht als Kranker erkannt, oder er versucht durch versteckte Andeutungen den wahren Grund der Verfolgung nur wahrscheinlich zu machen, wobei die Möglichkeit der von ihm gegebenen Thatsachen nicht auszuschliessen ist, so dass erst eine sorgfältigere Untersuchung und Benützung aller begleitenden Umstände ein richtiges Urtheil erlaubt. Die Behörden sind durchaus nicht immer abgeneigt, auch merkwürdige Angaben zu berücksichtigen; indessen sind die oben geschilderten Verrückten doch im Ganzen leicht entlarvt, wenn sie sich überhaupt die Mühe geben, den Zusammenhang ihrer Vorstellungen zu verbergen. Daher bleiben ihre Anklagen oft fruchtlos; sie wiederholen sie, man fertigt sie grob ab; natürlich, jetzt steckt auch die Behörde mit den Verfolgern unter einer Decke. Man wendet sich an höhere Behörden, der gleiche Erfolg; an die höchsten, Reichstag und Kaiser werden belästigt; jetzt allerdings ist die Geduld des Publicums erschöpft und die genauere ärztliche Untersuchung hat die Ueberführung in eine Anstalt zur Folge, oft natürlich auch schon eher. Andere Kranke suchen ihrem gequälten Innern Luft zu verschaffen durch längere Artikel in Zeitungen, Flugblättern; wir haben heutzutage eine ganze Fülle von Schmutzliteratur in dieser Hinsicht, die nur leider ein zu dankbares und weitverbreitetes Publicum findet.

Ich halte etwas inne in der fortlaufenden Schilderung, um das gegebene Bild nach einigen Seiten zu vervollständigen. Mit Absicht war bis jetzt fast nur von Gehörstäuschungen bei einem Verrückten die Rede; denn einmal sind diese so überwiegend häufig, dass das Forschen nach „Stimmen“ bei einem Verrückten am Ersten von Erfolg begleitet zu sein pflegt, andrerseits geben sie über das Wesen der Verrücktheit die deutlichste Vorstellung, indem die innige Verbindung von Wort und Gedanke darin hervortritt. Vielleicht liegt auch hier eine Erklärung für ein zuweilen vorkommendes, aber wohl meistens nur scheinbares Fehlen von Gehörstäuschungen in der Verrücktheit, insofern die Stärke der den Sprechmuskeln zufliessenden Innervationsströme nicht immer so gross ist, dass sie den Kranken als deutliche innere Sprache erscheinen. Diese gradweisen Unterschiede zwischen zweifellos ursprünglichen Vorstellungen des eigenen Gehirns und solchen, die ihm von Aussen aufgenöthigt scheinen, aber doch nur ein andrer Ausdruck derselben Vorgänge sind, machen es dem Kranken ja so schwer, Wirklichkeit und Täuschung zu trennen. Darum aber ist auch der wissenschaftlichen Forschung gerade diese Be-

ziehung der Sprache zum gedanklichen Inhalt der Vorstellungen so wichtig und wird sie vermuthlich der springende Punkt werden, von dem die ganze psychologische Forschung in der Psychiatrie zu neuen Ergebnissen und Fortschritten gelangt.

Die Verrücktheit bringt aber auch eine Reihe anderer Sinnestäuschungen sehr häufig mit sich. Der Ausbildung von Wahnvorstellungen sind sehr zugänglich Täuschungen des Gemeingefühls, namentlich in Haut und inneren Organen. Dabei wird die Kenntniss physikalischer Apparate zu einem gewöhnlichen Hülfsmittel der Erklärung, freilich oft genug einem sehr wenig befriedigenden. Elektricität und Magnetismus sind meistens auch nur Flickworte für mangelnde genauere Vorstellungen über die zu Grunde liegend gedachten physikalischen Vorgänge. Die Störungen des Gemeingefühls bestehen aus Schwindel, Erschütterungen des ganzen Körpers; das Bett wird in die Höhe gezogen, einzelne Glieder werden gegen den Willen in Bewegung gesetzt, brennende, bohrende, stechende Schmerzen wechseln mit Reissen, Ziehen und Einschlafen der Glieder. Kneifen, Brennen, Zerreissen, Verdrehen wird empfunden; und nicht genug an dem Sprachschatz bekannter Ausdrücke, es werden auch neue Worte erfunden zur Bezeichnung der lästigen Empfindungen. Hier fühlt Einer sich fortgetragen in die Luft, dort Jemand einer reissend schnellen kreisförmigen Bewegung ausgesetzt, oder zusammenbrechend unter einer grossen Last. Freilich ist es oft schwer, von der eigentlichen Gefühlstäuschung ihre phantastische Erklärung und Ausschmückung zu trennen, da die Neigung zur Uebertreibung viele Menschen auch in der Krankheit nicht verlässt. Dem wird das Gehirn ausgerissen, jenem das Rückenmark fortgezogen; diesem klappt man den Hirnschädel auf und zu, jenem ist ein Draht durch den Kopf gezogen, der Kopf kleiner geworden oder zu einer unförmlichen Masse aufgetrieben; ein ander Mal ist an Stelle des Gehirns ein Stein oder ein anderes Organ, z. B. die Leber getreten. Die Brust- und Baucheingeweide sind sehr häufig leidend empfundene Theile; sie werden durcheinander geworfen, ein Räderwerk ersetzt ihre Stelle, das Herz ist leer von Blut gepumpt und strömt nur noch Luft durch die Adern und Glieder. In die Lungen wird festes Metall gegossen. Der Mastdarm wird gezerrt, hinausgerissen oder ein Mühlstein liegt davor. Das Alles besorgen die Feinde und Verfolger mit ihren geheimen Vorrichtungen; sie quälen ihn bei Tag und bei Nacht, sie tauschen Glieder um, sie bringen Thiere unter die Haut oder gar auf sie, aber so klein und mikroskopisch, dass die lästigen Urheber widriger Gefühle mit blossem Auge nicht sichtbar sind. Wenn diese Gefühle

unter dem Einfluss abergläubischer Vorstellungen dann auf eine übersinnliche, teuflische Ursache bezogen werden, und wenn Gehörstäuschungen in Wechselwirkung damit das Gebahren des Kranken verwirren, so stehen wir vor dem Bilde des **Besessenheitswahns,** wie er in früheren Zeiten z. B. bei der Ausbreitung des Hexenglaubens im Mittelalter oft künstlich befördert wurde, und jetzt als eine zeitgemässe Umprägung dieser besonderen Formen der Verrücktheit angesehen werden muss. Die Feinde, der Teufel sitzen im eigenen Körper des Kranken; sie sitzen in seinen Ohren und betäuben ihn durch ihr entsetzliches Schreien, sie steigen aus seinem Unterleib in den Kopf, schnüren ihm die Kehle zu; sie rufen ihm Gemeinheiten zu und gotteslästerliche Reden, die er laut hinausschreien soll in alle Welt. Und er thut es; er predigt über die Sündhaftigkeit und Rohheit der Menschen; er verkündet Strafen und das jüngste Gericht; immer fühlt er sich dabei aber als gezwungen und wider seinen Willen zum Schreien, Rufen veranlasst. Der Teufel steckt ja in ihm, treibt und zwingt ihn zu jenen Handlungen. Mit besonderer Vorliebe sucht er den *Sexualapparat* auf, und werden die merkwürdigsten Beschreibungen und Erklärungen von den Kranken berichtet. Gesichtstäuschungen vervollständigen den Inhalt dieser Gedankenreihen; Männer fühlen und sehen sich von nackten Frauenzimmern umgeben und angegriffen, Frauen erleben den Coitus; meistens sind sie dabei heftig und gereizt, schimpfen nachher, schlagen mit den Thüren, zertrümmern Gegenstände, seltener schwelgen sie in Wollustgefühlen oder vielleicht in dem Gedanken, dadurch schwanger mit dem Welterlöser geworden zu sein.

Bleiben wir einstweilen bei der Beschreibung der Verrücktheit im Rahmen der Gefühle der Beeinträchtigung, so haben wir die andern Sinnesgebiete noch zu berücksichtigen. Im engsten Anschlusse an die oft auf religiösem Gebiete sich abspielenden Gefühle des Besessenseins findet man *Geruchstäuschungen*, freilich auch in selbstständigerer Weise. Ueberhaupt ist aber eine Trennung der Verrücktheit nach den verschiedenen Gebieten der Sinnestäuschungen nicht weiter möglich, denn nur die Gehörstäuschungen nehmen eine besondere Stellung ein; die anderen Sinnesgebiete sind in sehr mannichfacher Weise vermischt zu beobachten. Doch pflegen einzelne häufiger vereinigt aufzutreten; so ist ja schon früher die Verbindung von *Geruchs- und Genitalgefühlstäuschungen* erwähnt, die oft genug *bei religiösen Vorstellungen* vorkommen. Es können Lustgefühle sein, meistens aber sind es Unlustgefühle, und gehört ihre Schilderung daher hierher. Schwefel und Pech, giftige Dämpfe, Gestank nach Koth und Urin

werden den Kranken auf den merkwürdigsten Wegen zugeschickt. Durch den Schornstein, den Ofen, zwischen den Ritzen des Fussbodens, durchs Fenster und die Decke schlägt der Gestank; eigens für diesen Zweck gelegte Röhrenleitungen werden leichthin vorausgesetzt. Wie der an Gehörstäuschungen Leidende sich die Ohren zustopft, um weniger zu hören, so pfropft der Geruchshallucinant Watte, Tuchfetzen u. s. w. in die Nasenlöcher. Da sich Geschmacks- und Geruchstäuschungen oft mit einander verbinden, überhaupt schwer zu trennen sind in der Beobachtung, so riecht die Speise jetzt nicht nur nach Fäulniss, nach Koth und Urin, Arsenik oder Chloroform, sondern sie schmeckt auch so. Viele dieser Kranken spucken fortwährend aus, um die lästigen Empfindungen los zu werden, natürlich ohne Erfolg. Nur zu klar wird es dem Bedauernswerthen daher, dass man ihn vergiften will; anfangs ergreift er die grössten oft lächerlichen Vorsichtsmassregeln beim Geniessen der Speisen; er kauft und bereitet sie selbst, wechselt bei jeder Mahlzeit das Wirthshaus. Ein Anderer lässt die Speisen chemisch auf bestimmte Gifte untersuchen, oder darnach in den Excrementen forschen.

Am Seltensten sind Gesichtstäuschungen, meist nur schattenhafte Erscheinungen oder phantastische Ausschmückungen von Illusionen oder Erinnerungstäuschungen. Jedenfalls leidet der von Beeinträchtigungsgedanken geplagte Verrückte viel weniger an Gesichtstäuschungen als der von Grössenideen erfüllte.

Diesem Verfolgungswahn gegenüber steht nun also der **Grössenwahn**; klinisch ist, abgesehen davon, ob er **mit** oder ohne **Sinnestäuschungen** erscheint, noch zu unterscheiden, ob er selbstständig, von Anfang der Verrücktheit an, in Erscheinung tritt, oder ob er sich aus dem Verfolgungswahn entwickelt; obwohl der letztere Vorgang vielleicht der seltenere ist, so wollen wir ihn wegen des Zusammenhangs mit dem Vorhergehenden zuerst betrachten. In einzelnen Fällen lässt sich eine logische Ableitung der Grössengedanken aus dem Verfolgungswahn feststellen; gegenüber den unaufhörlichen, unbegründeten und ungerechten Verfolgungen, denen der Kranke sich ausgesetzt glaubt, kommt er durch eine Art Vernunftschluss zu dem Verdacht, später zu der festen Ueberzeugung, dass er nur verfolgt wird, weil er eine gewisse Aehnlichkeit mit irgend einer vornehmen Person hat, weil er selbst wohl eine mächtige Stellung habe; aber man habe seine Gründe sich seiner zu entledigen. Die allgemeine Beobachtung durch die Umgebung muss ja doch ihre besondere Bewandtniss haben. Jetzt sehen ihn alle Menschen achtungsvoll an, sie grüssen ihn zuvorkommend, die Zeitungen machen An-

spielungen, die ihm immer klarer machen, dass in der Bedeutung seiner Persönlichkeit alle jene Beobachtungen und Verfolgungen ihren tieferen Grund haben. Ein gehobenes Selbstgefühl und Ueberschätzungsideen können sich so psychologisch entwickeln in Verbindung mit den Verfolgungsideen. Indessen die besondere Gestaltung der Grössenideen übernehmen meistens die Sinnestäuschungen; sie sind das Fortbildende und Formgebende. Gefühl magnetischer Durchströmung und die Vorstellung, plötzlich zu neuem Leben erwacht zu sein, kommen in diesem Zusammenhang vor. Daher pflegt die Umwandlung häufig plötzlich stattzufinden. Eines schönen Tages, fast ohne vorhergehende Zeichen, erklärt der Kranke sich für einen grossen Herrn, für reich, einen Fürsten, König, Kaiser, für einen Sohn Gottes, den Messias. Ein unbedeutendes Ereigniss, ein zufällig aufgefangenes Wort kann dies bewirken, häufiger aber wie gesagt eine echte Sinnestäuschung, besonders des Gehörs. Es sind göttliche Eingebungen, eine Stimme vom Himmel, die Erscheinung eines Engels, die ihm seine Stellung verkünden. Daher ist die Verrücktheit so häufig auf religiösem Boden. Aus derartigen Offenbarungen gehen Propheten, Apostel, Welterlöser, eine Braut Christi, Jungfrau Maria, eine Gottesgebärerin hervor. Der ursprünglichen Entstehung aus Verfolgungsideen entsprechend bleibt eine Zeitlang noch ein Kampf zwischen den bösen Mächten, dem Teufel und der göttlichen Einwirkung. Adam, als gutes Princip, kämpft mit dem Teufel in dem Kranken, über ihm in den Wolken, bis der Sieg schliesslich mit dem Triumph des von Gott Erkorenen endet. Freilich wird der Kampf zeitweilig wieder aufgenommen, Anfechtungen trüben vorübergehend die gehobene Stimmung, aber erneute Visionen, ähnliche Stimmen, herrliche Gerüche und Lustgefühle bestätigen die gewonnene Ansicht; eine weitere Verarbeitung kann rückschauend in die Vergangenheit zahlreiche Erinnerungen verwerthen, die schon frühzeitige Hinweise auf die Bedeutung des zukünftigen Messias enthalten haben müssen. Die Urtheilsschwäche ist aber oft schon so gross, dass es dem Kranken keine Schwierigkeiten macht, sich in einem Athem als Messias und König zu bezeichnen, und mit fortschreitender Dauer endet diese Verrücktheit zuweilen in einem bunten Gemisch verwirrter Grössenvorstellungen, die nur selten noch von Verfolgungsgedanken unterbrochen werden. Meistens aber bleibt die Grössenidee Jahre lang eine dauernde, und gewöhnen die Kranken sich, die ja nun meistens in Anstalten sind, die Erfüllung ihrer Wünsche und Ansprüche auf spätere Zeiten zu verschieben, da die mitlebende Welt ihnen noch kein Verständniss entgegenbringt. Lange wenigstens pflegen diese Menschen

nicht ungestört in der Welt leben zu können, da die verkehrtesten Handlungen ein Einschreiten erfordern. Unter den Ueberschätzungsideen beziehen sich z. B. viele auf die Abstammung; in dem Gefühl rechtmässiger Erbe eines Throns, einer grossen Herrschaft zu sein, schreibt der Kranke Briefe an den wirklichen Inhaber, hält öffentlich Reden gegen diesen. Der zweite Sohn Gottes schickt eine gedruckte Ansprache umher, in der er Busse predigt, den Papst als Antichrist bezeichnet, und Kaiser und Reich auffordert zum Kampfe mit ihm. Aber diese harmlosen Handlungen sind leider oft genug von gefährlicheren Angriffen gegen andere Personen begleitet. Hier ist der Ort auf die grosse Gemeingefährlichkeit der Verrückten mit Sinnestäuschungen hinzuweisen; dabei ist im Ganzen der am Verfolgungswahn Leidende ebenso gefährlich wie der sich überschätzende Kranke. Eine vermeintliche Beschimpfung veranlasst den Verrückten auf offener Strasse einen beliebigen Entgegenkommenden zu schlagen; ausgerüstet mit Waffen gegen seine Verfolger erschiesst er den als solchen erkannten Rädelsführer, dringt ihm dabei in die Wohnung, sucht ihn auf öffentlichen Plätzen auf. Ein Anderer hört eine göttliche Stimme „tödte ihn," und der nächst Stehende wird erstochen; eine Kirche, ein Haus wird in Brand gesteckt aus Rache oder als leuchtende Fackel zum Ruhm Gottes. Andererseits unternimmt der Verrückte auch gewaltsame Handlungen gegen den eigenen Körper, Selbstverstümmelungen, ja Selbstmord kommen vor.

Aber diese Umstände allein sind es nicht, die zu seiner Unschädlichmachung zwingen; namentlich werden diese Kranken lästig durch immer neue Anklagen zur Abwehr ihrer Verfolger bei den Behörden oder durch das unermüdliche Geltendmachen ihrer Ansprüche durch Wort und Schrift. Dem mit Verfolgungswahn Behafteten genügt nicht die stille Klage gegen sich und Andere, das Jammern und Weinen über das traurige Loos, wie es viele Melancholiker kennzeichnet, sondern das lebhafteste Gefühl für Abwehr und Rache, die feste Ueberzeugung, das unschuldige Opfer ruchloser Bosheit zu sein, lässt ihm keine Ruhe; er klagt bei den Behörden in allen Instanzen in endlosen Berichten, die oft genug mit Gewandtheit abgefasst sind. Nicht immer wartet er nun darauf, bis er Antwort erhält, und wenn wie natürlich ihm kein Recht gegeben werden kann, verschafft er es sich selbst mit kaltem Blute. Es ist hierin ein wichtiger Unterschied erkennbar in der Ausführung des Mordes durch einen Verrückten und Melancholischen; beim Ersten ist er der Ausfluss vergeltenden Hasses oder angeblich gerechter Nothwehr, beim Zweiten oft mit dem Gefühle tiefsten Mitleides verbunden. Die an

Melancholie leidende Mutter tödtet ihr Kind, weil sie dasselbe vor namenlosem Unglück schützen will, der Verrückte tödtet seinen besten Freund, weil er fürchtet, von ihm vergiftet zu werden.

In anderer Weise belästigt der vermeintliche Beglücker der Menschheit seine Umgebung, die Behörden mit endlosen Schreibereien, in denen er seine Pläne auseinandersetzt. Bei der Entwicklung der Formen von Verrücktheit, in denen Sinnestäuschungen nebensächlicher Natur sind, werden wir hierauf zurückkommen.

Während wir im Vorhergehenden den Grössenwahn sich aus dem Verfolgungswahn entwickeln sehen, müssen wir jetzt seine damit gleichzeitige und selbstständigere Entstehung betrachten; dagegen ist das durchaus einseitige Auftreten von Ueberschätzungsideen überhaupt zweifelhaft, jedenfalls sehr selten und kann daher übergangen werden.

Eine Kranke erhält plötzlich von einem höheren Wesen die Eingebung, du bist vollkommen, du stirbst nicht, schweige aber. Sie schweigt aber nicht, sondern erzählt jenes am folgenden Tage; bald fühlt sie, hört sie, dass sie verdammt sei. Doch die Wirkung jener Eingebung erhebt sie von Neuem, und freudig in Gott sieht sie einige Zeit dem jüngsten Tag entgegen. Eine neue Stimme, nach Monaten erst, sagt ihr, sie dürfe nicht essen, sonst gerathe sie in ewige Verdammniss; sie isst doch, und fühlt sich darauf Jahre lang ewig verdammt; anstatt das vollkommenste Geschöpf auf Erden zu sein, ist sie das böse Weib, die Schlange geworden. Aber auch diese Vorstellung schwindet wieder nach Jahren, und das gehobene Gefühl der Bestimmung, vollkommen und ewig zu sein, beherrscht den weiteren Verlauf der Krankheit. In ähnlicher Weise sieht man Ueberschätzungs- und Beeinträchtigungsideen in mehr oder weniger inniger Verbindung von Anfang an nebeneinander, oft ohne das längere Hervorstechen der einzelnen Reihe, sondern in raschem Wechsel. Namentlich je heftiger die Krankheit einsetzt, je näher sind diese einander scheinbar entgegenstehenden Vorstellungen zusammengerückt und tauchen ohne logische Verknüpfung unvermittelt aus dem Bewusstsein auf.

Um so bemerkenswerther ist dabei dann die Thatsache, dass bei vielen verschiedenen Kranken ganz dieselben Vorstellungen wiederkehren; überall stösst diese Erscheinung auf, es ist, wie wenn die Kranken es von einander gehört, wie wenn sie es mit einander verabredet hätten, was sie sagen wollten. Diese Regelmässigkeit schliesst einen Zufall aus und ist nur zu erklären aus ursprünglicher organischer Entstehung, ähnlich wie es der Fall ist bei

centralen Sinnestäuschungen; daher auch ihre Ueberzeugungskraft, die um so grösser, je stärker die sinnliche Begleitung durch Sinnestäuschungen ist. Es kommt nun nachträglich freilich wieder zu einer Zusammenordnung der sich widerstrebenden Wahnvorstellungen; die Langsamkeit der Krankheitsentwicklung, die sich über eine Reihe von Jahren erstreckt, bietet Zeit genug, um die Gedanken der Grösse und Beeinträchtigung sich gegenseitig durchdringen und zu einem System zusammenwachsen zu lassen; es hängt nur von dem Grade der erhaltenen Intelligenz ab, wie weit die nachträgliche logische Verknüpfung und psychologische Begründung der ursprünglich selbstständigeren Gedankenreihen geschieht.

Eine Kranke erzählt, sie könne den Gedanken nicht los werden, dass sie eine Prinzessin sei; gleichzeitig hört sie, dass sie nicht essen dürfe. Sie wundert sich über das Erste und quält sich über das Zweite; sie hungert, und erst viel später erklärte sie sich den Zusammenhang dadurch, dass sie eine Prüfungszeit bestehen müsse vor der Erreichung ihrer hohen Bestimmung. Im Grund hat diese als cerebrale Entstehungsweise bezeichnete Art des Auftretens der entgegengesetzten Vorstellungen nichts Auffallendes, wenn man an den raschen Wechsel heiterer und trauriger Vorstellungen bei der Manie und andern Psychosen denkt; die gelegentliche psychologische Entstehung des Grössenwahns aus Verfolgungswahn hat eben dazu verführt, einen gleichen Vorgang bei jedem Verrückten vorauszusetzen, während beide Wege vorkommen.

Die aus der Tiefe des Gehirnlebens auftauchende Ursprünglichkeit überrascht den Kranken Anfangs zwar, und erst allmählich verschmelzen die neuen Gedanken mit dem vorhandenen Vorstellungsschatze; wichtig ist es darauf zu achten, dass trotzdem tiefer greifende Affecte von längerer Dauer nicht dabei vorzukommen pflegen.

Bis jetzt wurde die Mitwirkung von Sinnestäuschungen vorausgesetzt; wir haben nun Verrücktheit ohne diese zu untersuchen.

Das Auftreten einer **einfachen** Verrücktheit, d. h. einer **Verrücktheit ohne Sinnestäuschungen** beweist immer eine minderwerthige geistige Anlage; die Hinnahme von Wahnvorstellungen ist hier nur ermöglicht durch eine Urtheilsschwäche, die niemals eine im späteren Leben erworbene, sondern immer eine angeborene oder in früher Kindheit entstandene ist. Andrerseits kann eine sogenannte **originäre Verrücktheit** auch mit Sinnestäuschungen verlaufen, und bildet dann eine Mittelform zwischen den schon beschriebenen Formen und der einfachen Verrücktheit, die wir gleich ins Auge fassen. Diese Eintheilung beruht auf einer künstlichen Trennung, da

Uebergangsstufen häufig vorkommen; trotzdem ist die Darstellung der ausgeprägten Gegensätze zu versuchen, um die einzelnen Erscheinungen klarer zu stellen. Vergessen dürfen wir nur nicht, dass auch der hallucinatorische Verfolgungs- und Grössenwahn meistens auf derselben belasteten Grundlage entstehen. Wenn wir hier also den Hauptwerth auf die angedeutete von früh an bestehende Grundlage legen, und der naheliegende Name der originären Verrücktheit für diese einfache Form der Verrücktheit nicht gewählt wird, so ist zu bemerken, dass dies nur deshalb nicht geschehen kann, weil jene Bezeichnung für eine mit Sinnestäuschungen verbundene, auf jener originären Grundlage entstandene Verrücktheit Bürgerrecht in der Psychiatrie erworben hat. Richtiger wäre jedenfalls auch für die einfachen Formen ohne Sinnestäuschungen die Bezeichnung der originären Verrücktheit.

Wir haben es also immer mit Personen zu thun, bei denen der Ursprung der Krankheit bis in die früheste Jugend zurückreicht; die ganze Weltauffassung ist bei ihnen schon früh durch jene Anlage beeinflusst, auf allen Gebieten des Denkens und Fühlens tritt die Eigenart schon beim Kinde hervor. Aber auch hierbei ist schon früh der Unterschied zwischen der späteren Hauptrichtung der Gedanken deutlich nach der Seite der Beeinträchtigung oder der Ueberhebung, oder die Vermischung dieser Vorstellungen ist eine frühzeitige.

Wir beginnen wieder mit der ersten Form, in der die **Beeinträchtigung** der eigenen Person das Wesen des Krankheitsverlaufes bildet. Schon früh fühlt das Kind sich von Eltern und Geschwistern zurückgesetzt, nicht mit der rechten Liebe behandelt, sondern vielfach verkannt, und geräth auf diese Weise allmählich in einen gewissen Gegensatz zu seiner gesammten Umgebung. Nach und nach befestigen sich jene Gedanken; sie beschäftigen es häufiger und beginnen endlich auch seine Wahrnehmungen zu beeinflussen. Es glaubt hinter andern Kindern zurückgesetzt zu sein und sieht in der Zurückhaltung seiner Altersgenossen feindliches Misstrauen. Aber sein Benehmen berechtigt diese auch nur zu sehr dazu, denn der Knabe oder das Mädchen zieht sich von geselligen Spielen zurück. Sie beschäftigen sich am Liebsten nur mit sich selbst und haben oft die Neigung, ohne Auswahl grosse Mengen von Lesestoff zu verschlingen, dessen Inhalt vielfach schon weit über ihre Altersstufen hinausreicht; sie grübeln und träumen über allerlei entlegene Gedankenkreise. Belächelt von seiner Umgebung wird das heranwachsende Kind empfindlicher, und aus der krankhaften Anlage entwickelt sich langsam im Laufe der weitern geistigen Entwicklung die Krankheit wie bei dem gesund Veranlagten die Gesundheit, bis die voll ausgebildete Psychose einge-

treten ist; dann werden nicht nur durch des Kranken eigenes Benehmen begründete Andeutungen oder Vorwürfe Anderer für ein zusammenhängendes System verarbeitet, sondern jeder auch der harmloseste Vorgang muss dazu dienen; eine *fortschreitende psychologische Entwickelung* ist in der Verrücktheit *ohne* Sinnestäuschungen *meistens deutlicher* zu erkennen als in der sogenannten hallucinatorischen Form. Dabei werden allmählich alle Wahrnehmungen Gründe der Bestätigung für die sich immer weiter herauskrystallisirenden Beeinträchtigungsideen, die unter Eheleuten vielfach in der Form der *Eifersucht* erscheinen.

Es ist nun von besonderem Interesse, den hier verhältnissmässig häufigen **Uebergang** zu **Ueberschätzungsideen** zu verfolgen, während die weitere Gestaltung des Verfolgungswahns in der einfachen Verrücktheit nicht anders als in der hallucinatorischen Form vor sich geht. In der Regel lassen diese Personen schon in früher Kindheit eine Ueberschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit durchblicken. Sie schwärmen und träumen von hohen Idealen. Der Ton im elterlichen Hause war ihnen nicht vornehm genug, sie fühlten sich zu höheren Gesellschaftsclassen hingezogen. Die Empfindlichkeit und Verletzlichkeit in der Familie ist die gleiche wie in der eben geschilderten Form; ihr schlaffes und sentimentales Benehmen wird hier lästig, und da häufig eine *vorschnelle körperliche Entwickelung* die geistige besondere begleitet, so werden sie vorzeitig unter Erwachsene gebracht, die ihnen dann zunächst ein Interesse und wohlwollende Beachtung entgegenbringen. Freundliche Worte, Schmeicheleien harmloser Art, namentlich von Höhergestellten, machen auf diese Kinder schon tiefen Eindruck. Es entwickeln sich nun bei ihnen Gefühle, zu etwas Höherem bestimmt, besonders begabt zu sein. In ihren Träumen sehen sie sich als Mitglieder vornehmer Gesellschaftskreise, und im wachen Leben werden daran hochfliegende Pläne geknüpft und Luftschlösser gebaut. Gedanken an eine vornehme Abkunft tauchen schon jetzt einmal rasch auf, da ihnen die vermeintlich lieblose Behandlung zu Hause, das wirkliche oder vermeintliche Entgegenkommen der Leute auswärts fortgesetzt Nahrung geben. Die Ahnung, anderer Leute Kind zu sein, drängt sich dem Jüngling oder Mädchen immer mächtiger auf und fordert ihre psychologische Verwerthung; nur zu leicht geschieht dies und unverkennbar nur durch eine nicht geringe *Urtheilsschwäche*. Denn ein Gesunder würde nicht ohne Weiteres eine vielleicht vorhandene, aber sehr entfernte Aehnlichkeit seines Gesichts mit den Abbildungen regierender Fürsten für die Ansicht verwerthen, dass er von ihnen abstamme. Aber hier der Kranke sieht dahinter

ein Geheimniss seiner Herkunft. Er versucht vorsichtig bei seinen bisherigen Eltern darüber Auskunft zu erlangen. Natürlich, diese sind erstaunt, zurückhaltend, vielleicht verlegen; ihr Benehmen dient zur Bestätigung der Vermuthung und stachelt zu weiteren Forschungen und Grübeleien an. Die Gründe früherer Zurücksetzung werden klarer und aus dem Gegensatze der Beeinträchtigung und Ueberschätzung gruppirt sich ganz allmählich die zusammenhängende Reihe von Wahnvorstellungen. Je nachdem nun im Laufe der Zeit die Reihe der Beeinträchtigungsgedanken die der Ueberschätzung überwiegt, kann das Krankheitsbild lange mehr dem Verfolgungs- oder dem Grössenwahn ähneln; Erinnerungstäuschungen und phantastische Ausschmückungen bilden oft genug den Wahn in romanhafter Weise aus, ohne dass schon von Verwirrtheit bei dem Kranken die Rede sein könnte.

Durch erotische oder religiöse Beimengungen erscheinen diese Bilder oft besonders gefärbt; aber auch in anderer Richtung sind viele Mannichfaltigkeiten zu beobachten. Häufig indessen ist das gemeinsame Auftreten religiöser und erotischer Wahnvorstellungen von früher Jugend an, die dann zur Pubertätszeit an Kraft und Bedeutung gewinnen. Religiöse Begeisterung und Masturbation geben neben einander; aber auch ohne jede sexuelle Verirrung sieht man platonische Gefühle wie in der lächerlichen Figur eines Don Quixote sich breit machen. Anfechtungen vom Teufel wechseln mit Gefühlen der Verklärung; die Auslegung von Stellen der heiligen Schrift erleichtert die Ausbildung eines Wahnsystems; es gefallen sich diese Kranken in der Uebertreibung der Schilderung von inneren Seelenkämpfen, die in ihnen erst der festen Ueberzeugung den Sieg verschafft haben. Es sind selten tief gehende Affecte der Begeisterung oder Zerknirschung, die ihren Glauben oder Zweifel begleiten; sie spielen mit den Gefühlen der Sündhaftigkeit und Busse. Es ist dies ein Unterschied von Verrückten, bei denen Sinnestäuschungen mit voller Macht das Handeln beherrschen; hier kommt es viel eher zur Nahrungsverweigerung, zum völligen Schweigen, zu Selbstverstümmelungen und sogar Kreuzigungen, andrerseits auch zu gewaltsamen Handlungen gegen andere Personen. Daher sind hallucinatorisch Verrückte um so gemeingefährlicher, je mehr religiöse Vorstellungen sie zu fanatischen Handlungen leiten.

Eine andere Richtung des Grössenwahns entwickelt sich auf dem Gebiete des Erfindens, der Verbesserung bestehender Verhältnisse. Verschrobene Originale, verkappte Genies der Art gibt es immer viele in der Gesellschaft; bei Aufständen, socialen Erregungen aller

Art tauchen sie zahlreicher hervor und übernehmen nicht selten die Führung der Massen. In ruhigen Zeitläuften sind sie eine Qual für ihre Mitmenschen, bis irgend eine thörichte Handlung sie in die Anstalt führt, wo das Gemisch von Ueberschätzung und Misstrauen gegen Andere weiter um sich greift und mit geistiger Schwäche oder Verwirrtheit endet.

Wie schon mehrfach erwähnt, ist die völlig selbstständige ursprüngliche Entstehung eines Grössenwahns sehr selten, doch gibt es namentlich bei Belasteten Verlaufsarten, in denen die Beeinträchtigungsideen überhaupt selten und so vom Grössenwahn überwuchert sind, dass sie keine Beachtung finden. Auch scheint es, dass Sinnestäuschungen dabei meistens vorhanden sind und zwar vorzugsweise Visionen; diese immer heftigeren Formen lassen schon frühzeitig einen Uebergang in Verwirrtheit erkennen, und der Grössenwahn hat dann etwas Zerfahrenes und Fabelhaftes; der innere Zusammenhang geht verloren, wenn er überhaupt da war. Jede Frage ruft phantastische Antworten hervor; der Kranke ist Dichter, Philosoph, Feldherr, Entdecker in einer Person; der Ausdruck des Erstaunens über solche Reden reizt ihn zu weiteren Uebertreibungen; ich bin die Welt, ich bin das Gesetz, Gott selbst; ich weiss Alles. Ein Kaleidoskop von Grössenbegriffen wird entrollt, und leicht ist es immer neue verwirrte Prahlereien hervorzulocken. Der gewöhnlich rasche Verlauf dieser Form der Verrücktheit verwischt schon früh die in andern Fällen versuchte Einordnung der in der Krankheit gewonnenen Vorstellungen in den früher vorhandenen Vorstellungsschatz.

Wie wir also wieder finden, sobald wir die allgemeine etwas schematisirte Schilderung verlassen, und eine besondere Verlaufsart ins Auge fassen, zeigt es sich immer, dass zwischen den verschiedenen Formen der Verrücktheit zahlreiche Uebergänge stattfinden.

Ehe wir nun dem weiteren Verlauf im Allgemeinen folgen, ist aber noch eine ihrer besonderen Erscheinungsformen zu besprechen, die namentlich aus praktischen Gründen noch eine gesonderte Besprechung verlangt; dies ist das sogenannte **Irresein der Querulanten,** das mit allen schon besprochenen Formen gelegentliche Berührungspunkte haben kann.

Obwohl die dieser Form der Verrücktheit anheimfallenden Menschen meistens belastet und erblich veranlagt sind, so pflegt sich der Ausbruch der Krankheit in der Regel doch erst im späteren Lebensalter einzustellen, wenn auch eine Reihe von Verschrobenheiten schon lange zu Tage traten. Die besondere Veranlassung ist dann

immer irgend ein erlittener Rechtsnachtheil, wobei also gewöhnlich eine wirkliche, freilich in der Regel schon mit Recht erlittene Benachtheiligung den Ausgangspunkt bildet, an den sich das spätere Wahnsystem anknüpft. Die reizbare Grundlage der Stimmung lässt die thatsächlichen Vorkommnisse falsch deuten und ins Ungebührliche vergrössern. Ein Anstrich von Selbstüberschätzung ohne ausgesprochene Grössenwahnvorstellungen lässt von Anfang an, den gemeinten Uebervortheilungen und Benachtheiligungen gegenüber einen gereizten Widerstand hervortreten. Daher verfolgt der Querulant sein vermeintliches Recht überall, rächt jede Schädigung mit krankhafter Beharrlichkeit, namentlich durch immer neue Processe. Da Sinnestäuschungen selten sind, kommt es meistens nicht zu sehr plötzlichen Handlungen, sondern namentlich im Anfang beherrscht eine gewisse Besonnenheit Reden und Thaten, ja mit grosser Vorsicht werden die Wahnvorstellungen zurückgehalten, in Verbindung mit rechtlichen Kenntnissen und Gewandtheit des Ausdrucks. Es ist die Beurtheilung dann oft nicht leicht. Indessen offenbart sich schon bald ein gewisser Grad von Urtheilsschwäche in den Handlungen; die Rücksichtslosigkeit beim Verfolgen des einen Ziels lässt den Kranken seinen wirklichen Vortheil vergessen, er opfert Vermögen, Gesundheit und das Glück seiner Familie, um die Gerichte in allen Stufen zur Anerkennung seines Rechtes zu bringen. Je mehr der Querulant mit seinen Klagen abgewiesen werden muss, je mehr glaubt er über die Widerwilligkeit, Parteilichkeit und Bestechlichkeit der Richter klagen zu müssen. Im krankhaften Selbstgefühl auf die eigene Kraft vertrauend, eignet er sich nun die Kenntniss der Gesetze und Rechtsmittel selbst an. In zahllosen, umfangreichen, masslosen und immer ungeheuerlicheren Eingaben, oft von Druckschriften begleitet, tritt er vor allerlei Verwaltungsbehörden, vor den Regenten, die gesetzgebenden Körperschaften und vor die Oeffentlichkeit. Dass er damit Nichts erreicht, dass er im Gegentheil wegen der Art seines Vorgehens vielleicht gemassregelt wird, das belehrt ihn in keiner Weise. Das begründetste und schonendste Vorgehen gegen ihn ist nur ein unerhörtes himmelschreiendes Unrecht. Darum verlangt er wohl eine Aenderung der Gesetzgebung zu seinen Gunsten oder widersetzt sich ihrer Vollziehung. Ein massloser Egoismus sucht so die Grenzen des Rechts zu verschieben; die leidenschaftlicher werdende innere Erregung nimmt es auch nicht mehr immer genau mit der Wahrheit, oder die Treue des Gedächtnisses verliert sich dabei. In immer unverschämteren Ansprüchen zeigt sich das Schwinden des Restes von Besonnenheit, und eine nicht mehr verbissene Leidenschaftlichkeit überschreitet

rücksichtslos alle Schranken. Freche Beleidigungen zeigen Mangel an jedem Rechtsgefühl, worauf doch so gepocht wird. Er weiss ja auch in seiner Rechthaberei Alles besser, aber er ist der Betrogene. Mehr oder weniger ausgeprägt knüpft sich hieran jetzt ein Wahnsystem.

Die geistige Störung in der Form der Verrücktheit wird dadurch immer deutlicher; der Märtyrer wird zum Vorkämpfer des beleidigten Rechts, zum Beschützer der Unterdrückten. Pläne zur Verbesserung des Rechts, aber auch zu anderen Einrichtungen, ja ganz allgemeine Gedanken zur Weltverbesserung können hervortreten; hiermit ist dann der Uebergang zu einer vollen Form der Verrücktheit geschehen und wie diese leicht zu erkennen. Gerade aber die milderen, langsam fortschreitenden Fälle sind unter den anfänglichen aus reizbarer Gemüthsstimmung hervorgegangenen Erscheinungen häufig schwer zu erkennen. Die Gefahr für den Kranken selbst und seine Gefährlichkeit für die Umgebung, wenigstens die Belästigung der Behörden veranlassen und verlangen seine frühzeitige Ueberführung in eine Anstalt. Wenn hier die reizbare Stimmung zurücktritt, ist man oft genug überrascht über den jetzt harmlos vorgebrachten hohen Grad von Urtheilsschwäche, mit dem aus dem vermeintlich erlittenen Unrecht masslose Ansprüche abgeleitet werden; mit Forderungen von Millionen, zusammengerechnet aus den verjährten und verzinsten Ansprüchen, ist die geistige Leistungsfähigkeit beendet, und womöglich belächelt der Kranke dabei selbst die Masslosigkeit seiner Forderung, den Beweis seiner Urtheilsschwäche. Ueberhaupt zeigt sich jetzt, dass nach Verschwinden der reizbaren Grundlage der Stimmung meistens auch Schlaffheit und Gleichgültigkeit gegen fremde Interessen eingetreten sind, Gefühle und Strebungen ohne geistige Kraft sind.

Es bleiben uns in Kürze noch **einzelne Begleiterscheinungen** zu erörtern, die gelegentlich in allen vollen Formen der Verrücktheit beobachtet werden können. Der Gebrauch eigenthümlicher, selbstgebildeter Worte ist häufig, wahrscheinlich meistens im Anschluss an Gehörstäuschungen, doch geben auch Gefühlstäuschungen dazu Anlass. Seltener sind Wortungeheuer nur verschrobene Ausdrücke verrückter Vorstellungen, am Leichtesten noch zu beobachten beim Uebergang der Krankheit in Verwirrtheit. Da im allgemeinen Theil (Seite 147) ausführlicher über diese Dinge gesprochen ist, unterbleibt hier eine weitere Ausführung. Einige Beispiele mögen die Ungeheuerlichkeit der neugebildeten Worte beweisen; der Arzt wird täglich empfangen mit dem wohlklingenden Titel: Rokamohel, Rodahaha. Eine Kranke muss sich täglich von Kakukas häkeln und pag-

gelunen lassen; eine andere nennt sich Paraweitzika, wird verschildet und von den Aerzten harpugirt. Ein Mann wird von einem Pulanus gekatekombet u. s. w. Dasselbe gilt von der Schrift der Verrückten, die äusserlich ebenso bunt wie der Inhalt erscheinen kann, mindestens ausgezeichnet zu sein pflegt durch Unterstreichen eigentlich gleichgültiger Worte, die aber im Wahnsystem eine besondere Bedeutung haben.

Sehr schwer ist es eine allgemein zutreffende Schilderung der äussern Haltung der Verrückten zu geben; so mannichfach aber der physiognomische Ausdruck sein kann, gemeinsam ist doch vielen Kranken eine gewisse Verschrobenheit und Verzerrtheit in Ausdruck, Haltung und Benehmen. Dies aber zurückzuführen auf den geistigen Zustand ist um so weniger möglich, als zuweilen angeborene Eigenthümlichkeiten der Schädel- und Gesichtsbildung jedem Ausdruck eine vorgeschriebene Richtung zuweisen. Es bleibt nichts Anderes übrig als jeden einzelnen Fall sorgfältig zu beobachten und aus sich selbst zu erklären. Je mehr die Verrücktheit in der ganzen Entwicklung des Kranken begründet ist, um so häufiger begegnet man auch andern Missbildungen als solchen des Schädels; ohne ihre Bedeutung zu überschätzen, wird man in ihnen zuweilen Bestätigungen einer ungünstigen Prognose bei Zuständen sehen, deren Auffassung in dieser Hinsicht noch zweifelhaft war.

Pupillendifferenzen sind häufig; sie haben keine entscheidende Bedeutung. Vorübergehend sind Erschlaffungen einzelner Muskelgruppen beobachtet, auch im Gesicht, aber keine Lähmungen; hier wie bei gelegentlichen Zuckungen muss man immer im Auge behalten, dass Wahnvorstellungen die Anlässe dazu sein können, dass sie nur Abwehrbewegungen und -stellungen sind; dahin gehört denn auch Strammstehen, Takt schlagen und Aehnliches. Motorische Gebundenheit und kataleptische Muskelstarre sind hier selten oder meistens doch nur beim Uebergang in Verwirrtheit; die Starre beschränkt sich häufig auf einzelne Muskelgruppen. Einzelne Male hat dann das ganze geistige Verhalten etwas gespanntes, krampfartig Widerstrebendes; die mit Stummheit wechselnde Sprechweise ist pathetisch. Diese Zustände können nach einigen Wochen verschwinden oder chronisch werden; Wahnvorstellungen treten dabei undeutlicher hervor, wo ihr Vorhandensein aber in entsprechender Systematisirung die Einordnung des Krankheitsbildes unter die Form der Verrücktheit verlangt, ist gewöhnlich wie bei allen Psychosen, die mit Andeutungen einer organischen Begleitung einherlaufen, der endliche Uebergang zu Blödsinn zu erwarten.

Andere motorische Störungen, wie Zittern, dauernde Lähmungen, allgemeine Krämpfe sind nicht zum Krankheitsbild zu rechnen, sondern als zufällige Bestandtheile anzusehen. Sind einmal Urin- und Stuhlverhaltung da, und ist eine Rückenmarkserkrankung u. dgl. ausgeschlossen, so muss man an ein willkürliches Zurückhalten denken, wie z. B. eine Kranke die goldenen Schätze ihres Mastdarms nicht verlieren wollte, ein Anderer fürchtete, sich beim Urinlassen vergiften zu können an fremdem Geschirr.

In der Regel ist der Schlaf ruhig, wenn nicht heftigere Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen ihn stören; ebenso ist auch der Stand der Ernährung durchweg ein guter, namentlich im Schutze der Anstalt gedeihen solche Kranke trotz aller Klagen meistens sehr gut.

Ueber die **Häufigkeit** des Vorkommens der Verrücktheit auch nur einigermassen verlässliche Angaben zu machen, ist man zur Zeit ausser Stande, wo die feste Umgrenzung des Krankheitsbildes noch nicht einmal beendet ist; jedenfalls aber gehört die Verrücktheit zu den häufigsten geistigen Störungen. Eine vorurtheilslose Beobachtung wird unter den Sonderlingen viele Kranke finden, die in Familie und Amt geduldet werden und der Statistik entgehen. Das weibliche **Geschlecht** scheint etwas öfter befallen zu werden als das männliche; dieses Uebergewicht ist bedingt durch die vielen Fälle, die im Klimacterium einsetzen. Wenn man absieht von den verschrobenen Charakteren, die schon von frühester Kindheit an krank waren, wobei die Verrücktheit ohne scharfe Grenze sich aus der constitutionellen Anlage herausbildete, so tritt in der Mehrzahl der Fälle die Krankheit voll hervor im Anschluss an die Pubertätsentwicklung, also am Ende des zweiten Jahrzehnts und im Anfang des dritten. Doch kann sie in jedem **Lebensalter** erscheinen, am Seltensten im hohen Alter.

Der **Verlauf** der Verrücktheit ist meistens ein sehr chronischer; häufiger ist sie eingeleitet durch eine Verstimmung, in der hinter dem Gefühl der Beeinträchtigung oft schon die Ahnung einer höhern Bestimmung steht, selten tritt sie scheinbar ganz plötzlich unter stürmischen Erscheinungen ein, doch pflegt dann die vorausgegangene Entwicklung nur eine tief verborgene gewesen zu sein. In der Regel ist der Verlauf ein schubweiser, unterbrochen von mannichfachen Schwankungen zum Bessern und Schlechtern. Kaum gibt es eine andere Psychose mit so langdauernden und erheblichen Nachlässen. Oft sind aber diese Schwankungen auch nur deutlich ausgeprägt in einzelnen Kleinigkeiten. Mit dem Zurücktreten von Sinnes-

täuschungen und sie begleitenden Affecten tritt in vielen Fällen eine gewisse Besserung ein; obwohl noch überzeugt von der Wahrhaftigkeit ihrer Wahnvorstellungen, sind die Kranken doch im Stande, sie so zurückzudrängen, dass sie nicht mehr darüber sprechen und genug Kraft besitzen, um sich von jenen nicht in ihrem Thun und Treiben bestimmen zu lassen. Die erhaltene Besonnenheit kann dann den Schein der Gesundheit erwecken. Allein kleine Eigenthümlichkeiten im Benehmen des Kranken und sein Festhalten an einzelnen, nur scheinbar nebensächlichen Punkten des Wahns, sowie eine gewisse Zurückhaltung bei der Besprechung der krankhaften Ideen weisen auf die Unvollständigkeit der Genesung. Auch dissimuliren Verrückte oft mit grossem Geschick, um die Entlassung aus der Anstalt zu erreichen.

Die **Ausgänge** der Verrücktheit sind also zweifelhafte Genesung, chronische Verschleppung, Verwirrtheit, Schwachsinn oder Tod. Genesung ist sehr selten, ja vielleicht nur eine scheinbare, indessen ist doch oft eine so grosse Besserung vorhanden, namentlich beim Grössenwahn, dass der Eintritt in Leben und Beruf wieder möglich wird. Mindestens die früher schon vorhandene Urtheilsschwäche und allgemeine Minderwerthigkeit bleibt, meistens begleitet von der Abnahme der geistigen Kraft bei allen Gefühlen und Strebungen. Deutlicher ist der fortschreitende geistige Niedergang, wenn die klar bestehen bleibende Krankheit sich Jahrzehnte, ja ein Leben hindurch verschleppt. Die Uebergänge in Verwirrtheit und Schwachsinn sind allmähliche und werden uns theilweise noch später beschäftigen. Die höchsten Grade eigentlichen Blödsinns werden aber nicht beobachtet, weil namentlich das Gedächtniss nicht ganz verloren geht. Der Tod kann durch Selbstmord eintreten; sonst sterben Verrückte an zufälligen andern Krankheiten, während eine etwa zu Grunde liegende gröbere Erkrankung des Gehirns vorläufig nicht bekannt ist.

Die **Prognose** ist demnach im Allgemeinen eine sehr ungünstige. Auch wenn man unterscheidet, ob Sinnestäuschungen vorhanden waren oder nicht, ist dies für die Wahrscheinlichkeit eines guten Verlaufs nach keiner Seite hin zu verwerthen. Zu betonen ist als besonders ungünstiger Umstand die Neigung der fortschreitenden Zusammenfügung aller Vorstellungen zum Wahninhalt.

Bei einer im Ganzen als unheilbar anzusehenden Psychose ist die **Behandlung** überhaupt nur gegen einzelne Erscheinungen und Erscheinungsgruppen gerichtet; aber auch diese sind in der Verrücktheit besonders schwer zu packen, denn tiefere organische Erkrankungen des Hirns und seiner Häute sind überhaupt nicht vorhanden,

stärkere grundliegende Affecte und Stimmungen fehlen. Wie nutzlos, ja schädlich es aber ist, gegen Wahnvorstellungen zu kämpfen, haben wir schon im allgemeinen Theil erfahren. Dass Verrückte, besonders solche mit Sinnestäuschungen, als gemeingefährlich in hohem Grade zu gelten haben, wissen wir schon. Daher gehören sie jedenfalls Anfangs in Anstalten; im Laufe der Zeit, wenn Schwachsinn oder Verwirrtheit die seltenen Affecte ganz verwischt haben, sind sie gut unterzubringen in Irrencolonieen, einzelne auch in Familienpflege oder in den früheren häuslichen Verhältnissen. In geschlossenen Anstalten sind sie sehr lästig durch Forderungen, Wünsche u. dgl.; man versuche ihnen ein gewisses Mass von Freiheit zu lassen, doch wird man besonders durch ewige Versuche zu Schreibereien daran gehindert. Man muss aber jeden einzelnen Fall besonders behandeln.

3. Verwirrtheit.

Ohne scharfe Grenze getrennt von der Verrücktheit, aus der sie entstehen kann, ist die hier gemeinte Verwirrtheit eine geistige Störung, deren Zugehörigkeit zur Paranoia in der freilich sich auflösenden Verknüpfung früherer Wahnvorstellungen mit einander angedeutet ist. Nur ein lockeres Band hält die Gedankenreihen noch zusammen; flüchtige Affecte drohen den Rest des Zusammenhangs, ja sogar das Wortgefüge zu zerreissen, während im ruhigen Gedankenfluss ein gewisser Schwachsinn unverkennbar ist, und kein Versuch mehr gemacht wird, den im Affect nur noch flüchtig auftretenden Wahn logisch zu begründen. Ohne Weiteres ist klar, dass auch **aus** dem **Wahnsinn,** aus **Manie und Melancholie** diese Art Verwirrtheit sich entwickeln kann; sie ist demnach eine **secundäre Form der Paranoia.** Es ist natürlich ein gewisser Grad geistiger Schwäche, die den Verwirrten hindert, Ordnung in seine Gedanken zu bringen, aber dass kein Blödsinn besteht, geht daraus hervor, dass der Kranke über Dinge, die nicht seine verrückte Persönlichkeit betreffen, oft zusammenhängend und richtig urtheilen kann.

Die Verwirrtheit ist eins der deutlichsten Beispiele für das Grundgesetz geistiger Störungen, dass nämlich aus den zur Verfügung kommenden Vorstellungen, die unwillkürlich nach einander auftauchen, immer mehr ein Uebergewicht entsteht über bewusste ausgewählte. Die Verwirrtheit ist darum häufig das Ende psychischer Krankheit; so finden wir sie, wie erwähnt, als Ausgang einer Melancholie, wenn der heftige beständige Affect schwindet, die Wahnvorstellungen bleiben und geistige Schwäche sich eindrängt; wir begegnen auch wieder den

gelegentlich als acute hallucinatorische Verwirrtheit bezeichneten Zuständen, die wir bei den heftigen Formen der Manie berührten; gehen sie in chronische Erregung über, so wird die Anfangs meistens auch durch Sinnestäuschungen bedingte Verwirrtheit andauernder, obwohl Nachlässe immer wieder eintreten und erkennen lassen, dass noch eine Zusammenfügung der Wahnvorstellungen versucht wird, die zwar kein geschlossenes System wird, aber die Zugehörigkeit des Krankheitsbildes zur Paranoia secundärer Art beweist. Verwirrtheit kann also die Elemente der Paranoia vor oder nach deren völliger Ausbildung ausweisen; einmal die Bausteine, dann die Trümmer eines Gebäudes. Bleiben wir noch einen Augenblick bei dieser bildlichen Ausdrucksweise, so könnte man sagen; im Wahnsinn findet man das Baumaterial eilig zusammengeschleppt, ein luftiges Gebäude errichtet, das rasch zerfallend den phantastischen Plan noch an seinen grossen, schwer zu beseitigenden Trümmern lange erkennen lässt; die mächtigen Blöcke des Wahns rufen häufiger Anstrengungen und heftigere Affecte hervor, während der verwirrt gewordene Verrückte mehr ein spielendes Gefallen an seinen leichten beweglichen Wahnvorstellungen findet, die er zu barocken Gebäuden wieder aufzurichten sucht, bis er doch endlich nur noch ein Chaos von Trümmern vor sich hat.

Es gibt noch andere Psychosen als die eben genannten, die mit deutlicher Verwirrtheit verlaufen oder enden; so besonders z. B. die mit Epilepsie verbundene Seelenstörung, ferner die neurasthenischen Erschöpfungszustände. In ihnen ist ein Wahnsystem fast niemals angedeutet, da die Trübung des Bewusstseins es nicht dazu kommen lässt; darum allein schon gehört jene Verwirrtheit nicht zur Paranoia. Wenn wir trotzdem der Paranoia in jenen Gewändern noch einmal begegnen werden, so liegt das an der Unvollkommenheit unserer ganzen Eintheilung der Seelenstörungen, die jene mit Epilepsie und Neurasthenie verbundenen Formen auch dann für sich betrachtet, wenn sie die psychischen Zeichen der einfachen Psychosen enthalten.

Einerlei auf welchem Wege nun die Verwirrtheit entstanden ist, mehr oder weniger deutlich sind locker zusammengefügte Wahnvorstellungsreihen in ihr kenntlich. Aber es fehlt ihnen ein fester Zusammenhang, nur einzelne Worte oder Sätze deuten darauf hin, und man kann dann aus der öfteren Wiederholung solcher Worte und Sätze zuweilen den der Verwirrtheit vorangegangenen kranken psychischen Zustand erkennen. Sind noch Sinnestäuschungen vorhanden, was garnicht so selten der Fall ist, so finden sie meistens einen deutlicheren Ausdruck in plötzlichen Bewegungen und

einzelnen Handlungen als in den verwirrten Reden. Aber sowohl die Wahnvorstellungen wie die Sinnestäuschungen haben ihre zwingende Gewalt auf das Fühlen und Handeln der Kranken verloren. Flüchtig tauchen sie auf, um ebenso schnell wieder zu verschwinden. Das Spiel der Vorstellungen ist ohne innern Zusammenhang des Inhalts und knüpft nur an Zufälligkeiten an. Es wechseln aber doch Zustände grösserer Lebendigkeit mit grösserer Ruhe und einem höheren Grade von Besonnenheit, in der die Kranken dann selbst noch einzelne Aufschlüsse über gehabte Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen geben können.

Es ist schwer die unendlichen Verschiedenheiten in der Aeusserungsweise der Verwirrtheit zu schildern; inhaltlich wie in der Ausdehnung über einzelne oder mehrere, ja alle Vorstellungskreise ist sie verschieden. Das Gedächtniss ist auch in höheren Graden nicht völlig verloren, aber es bringt fast nur weiter zurückliegende Ereignisse wieder vor, während neu Erlebtes flüchtig vorbei eilt. Unverändert hält sich am Längsten diejenige Verschiebung des Standpunktes der eigenen Persönlichkeit, die in den früheren zusammenhängenden Wahnvorstelluugen den Mittelpunkt bildete; daher findet man z. B oft ein sinnloses Wiederholen grosser Zahlen, ungeheurer und abenteuerlicher Bilder der eigenen Grösse und des eigenen Besitzes; das Reden über Millionen, Diamanten und Schätze ohne Zahl ist aber auch für den Kranken nur noch ein blosses Spiel von Worten geworden, bei denen er sich nichts mehr denken kann. Vorstellungen der Beeinträchtigung verschwinden in den verwirrten Reden leichter, und werden nur bei gelegentlichen leichteren Affecten vorgebracht. Obwohl tiefere Gemüthsbewegungen fehlen, so sind doch rasche vorübergehende Aufwallungen etwas sehr Gewöhnliches, und dabei kommen plötzliche gewaltthätige Handlungen noch oft genug vor, so dass ein Verwirrter sogar ein sehr gefährlicher Kranker sein kann. Doch ist die Durchführung fester Pläne nicht vorhanden, dazu ist der Wille zu flüchtig und schwankend. Die Gewohnheit vergangener Tage der Thätigkeit führt sie auch nur zur Ausführung kleiner mehr mechanischer Dienstleistungen, und macht Einzelne dadurch noch lange fähig, nützliche Mitglieder im Hauswesen einer Anstalt zu sein.

Wenn die Verwirrtheit sich aus den vorhin genannten Zuständen entwickelt, so geschieht dies natürlich nur allmählich, und kann man sich die Uebergänge in allen Abstufungen ausmalen; die beiden Gegensätze gedrückter oder gehobener Stimmung wechseln noch oft. Heiteres Wesen mit Eitelkeit und Zuversicht gemischt,

Aengstlichkeit in Mienen und Geberden, Schadenfreude, läppische Albernheit, Trotz und Widerstreben kommen vor. Viele sind im Stande kurze Fragen, namentlich solche, die praktische Zustände des kleinen täglichen Lebens betreffen, richtig zu beantworten, selbst Ereignisse der Vergangenheit zusammenhängend und klar zu berichten, sobald man aber nach dem Befinden, nach dem Grund ihrer Krankheit fragt, überhaupt Beziehungen der psychischen Persönlichkeit berührt, die lebhaftere Vorstellungen hervorrufen, dann werden sie rasch verwirrt und geben unsinnige, unverständliche Antworten. Am Deutlichsten wird dies, wenn man sie auffordert zu schreiben. Einige einleitende Sätze können noch einen Sinn und Zusammenhang zeigen dann aber beginnt das ungeregelte Spiel der Vorstellungen. Oft ist ein Brief von vier Seiten dann auch nur ein einziger Satz, da kein ordnender Gedanke den Inhalt regelt. Das Lesen solcher Schriftstücke ist sehr angreifend, ebenso wie das Anhören eines verwirrten Redeflusses wirbelig machen kann. Man lese z. B. folgendes Bruchstück eines Briefes: „Mein lieber treu vermählter Kaiser Wilhelm in Berlin! Da Ihnen mein Herzgeliebter Ihre treue rechte Hand und das dazu Gehörige durch den Tod Ihrer lieben Emilie zu Theil geworden ist, und uns schon so manche fast trostlose und schwere Stunden zu Theil geworden sind, so wollen wir mit unserem lieben Gebruder der Schmerzen, wie du meiner lieben treu mitbemerkten Emilie aus deinem Ruhebette mitgetheilt hast, so ich meine Liebe nicht mehr allein mehr deiner Abwesenheit mehr in meinem Herzen verwahren, treu mit Dir und mir vom Vater Friedrich erbauten und zubereiteten Palast mit Liebe und Freude, wie er uns vorgezeigt und jetzt noch zugesagt hat, wie wir es auch nicht versäumen wollen, es Andern zu verheimlichen u. s. w. u. s. w." Beim Sprechen ist der Gedankenfluss natürlich nicht so stetig, sondern durch Aeusserlichkeiten unterbrochen und in andere Richtungen gelenkt, man kann aber nicht folgen und würde wohl nur mit Hülfe eines Phonographen im Stande sein, eine solche verwirrte Rede wiederzugeben. Folgendes Bruchstück einer verwirrten Rede soll versuchen eine Andeutung zu verschaffen: „Meine Kinder vergiftet durch Wein — Pulver das stank — Sie heissen ja — meucheln förmlich ein Weib — Fett und Oel — Kost das Wasser Geld — Nichtswürdiger ich habe viel Vermögen." Hier ist ein gewisser lockerer Zusammenhang noch erkennbar. Für die Beurtheilung des Zustandes ist es aber als sehr wesentlich hervorzuheben, dass die Verwirrtheit bei einfachen kurzen Fragen ganz fehlen kann; in zweifelhaften Fällen ist dadurch ein wichtiges Unterscheidungsmittel gegeben gegenüber Zuständen von beweg-

Gesichtstafel V.

Gesichtstafel V.

Paranoia.

Von der mit Wahnsinn bezeichneten Form der Paranoia konnten charakteristische Bilder nicht gewonnen werden.

Von der Verrücktkeit mit Sinnestäuschungen in der Form des Verfolgungswahnes ist die Bilderreihe des älteren Mannes ein Beispiel. Er glaubt vergiftet zu werden, schmeckt, riecht und fühlt dies. Seine Intelligenz ist im Uebrigen ungetrübt, und ist der energische Gesichtsausdruck auf dem ersten Bilde aus der Absicht entstanden, durch die Photographie seiner Umgebung zu zeigen, was für ein tüchtiger Kerl er sei; als ihm später dies Bild gezeigt wurde, war er nicht zufrieden und meinte, man sehe deutlich darauf, wie ihm das Quecksilber durch die Nerven gezogen sei. — Das zweite Bild wurde von ihm unbemerkt genommen, als er in lebhaftem Gespräch über seine Wahnvorstellungen freudig lachend erzählte, wie stark er früher gewesen sei im Vergleich mit seinem jetzigen kümmerlichen Zustande. — Dieser Kranke leidet auch an Gehörstäuschungen und beschäftigt sich oft mit seinen Gegnern auf dem Wege des „Telephonirens". Er setzt sich dazu mit geschlossenen Augen hin, bewegt leise die Lippen und macht gemessene langsame Bewegungen mit dem Oberkörper nach Vorn und wieder zurück. Einen solchen Augenblick stellt das dritte Bild dar, wobei der Patient nicht wusste, dass er photographirt wurde. Nachher fragte er erstaunt und ungläubig, ob man nicht gehört habe, was er telephonirt hätte; dann theilte er mit, er habe einen seiner Aerzte einen grossen Schweinhund genannt, und dieser habe ihm auch geantwortet; letzterer Vorgang war durch ein vorübergehendes Horchen ersichtlich gewesen.

Der Kranke auf dem Bilde rechts unten leidet ebenfalls an Verrücktheit mit Sinnestäuchungen, doch ist schon Verwirrtheit eingetreten, so dass kein System mehr in dem Gemisch seiner Beeinträchtigungs- und Grössenideen zu erkennen ist. Es überwiegen noch Vorstellungen des Verfolgtseins, besonders in Folge von Gehörstäuschungen; so hörte er sich z. B. den „Narrenludwig" nennen; der Ausdruck und die Geberde mit der ans Kinn gelegten Hand waren auch im Augenblick der Bildaufnahme bedingt durch ein vorsichtig umschauendes Misstrauen, vermuthlich in Folge augenblicklicher Gehörstäuschungen. Die halbseitige Stirnrunzelung ist aber nicht wesentlich dabei, denn sie ist habituell bei diesem Kranken, wird durch jeden Affect gesteigert und muss als Krampfzustand, vielleicht auch als Entartungszeichen angesehen werden. Zeitweilig hat der Patient auch an Gesichtstäuschungen gelitten, die dann beitrugen zu verworrenen Grössenvorstellungen, wie die, Papst und Kaiser zu sein.








Gesichtstafel VI.

Gesichtstafel VI.

Paranoia.

Die beiden obern Bilder zeigen Kranke, bei denen sich Verwirrtheit höchsten Grades aus Verrücktheit entwickelt hat. Der Mann litt früher an melancholischen Vorstellungen der Beeinträchtigung; die dauernd gebliebene Stirnfurchung entspricht der damaligen Stimmung. Es verdient Beachtung, dass die Furchung hier recht scharf den drei Seiten eines Vierecks entspricht, oder mit der Form eines Hufeisens verglichen werden kann, wie dies von einigen Schriftstellern geschah. Die untere Gesichtshälfte hat nichts Melancholisches mehr, der trotzige Blick, der festgeschlossene Mund und die verschränkten Arme sind als Ausdruck des Unbehagens über den Zwang des Stillesitzens beim Photographiren anzusehen. Für gewöhnlich ist der Kranke ein unruhiger Poltergeist, der beständig verwirrt schimpft und gegen „Stimmen" anspricht.

Die Frau glaubte sich früher verfolgt, hielt sich später eine Zeitlang für eine Baronin und eine Gräfin von Engel, ist jetzt aber schon Jahre lang völlig verwirrt. Sie beachtete einige Augenblicke gespannt den Apparat, so dass es gelang, ein Bild zu gewinnen. Meistens schilt und bewegt sie sich heftig, wobei gewisse eigenthümliche Bewegungen zwangsartig hunderte Male am Tage wiederholt werden. Auch das Mienenspiel des Gesichtes ist ein krampfartiges und oft wechselndes, daher die unregelmässige Hautfaltung des magern Gesichtes keinem bestimmten Ausdruck entspricht. Das platte Ohr rechts (vom Beschauer aus) wird an anderer Stelle genauer erörtert. (vgl. Missbildungen des Ohres.)

Der alte Mann auf den beiden unteren Bildern leidet an Verrücktheit mit Vorwiegen des Grössenwahnes; die Intelligenz ist zwar getrübt, doch nicht in hohem Grade, jedenfalls ist noch keine Verwirrtheit eingetreten. Sinnestäuschungen spielen eine untergeordnete Rolle. Er war sehr bereit sich in seiner Bedeutung photographiren zu lassen, und gab jedes Mal vorher die Erklärung ab, was er durch Haltung und Geberden ausdrücken wolle, ohne zu sprechen, um die Aufnahme nicht zu stören. Auf dem ersten Bilde spricht er „im befehlenden Tone das kaiserliche Wort", auf dem zweiten „im singenden Tone das göttliche Wort." Es lässt sich nicht leugnen, dass ihm diese schauspielerische Nachahmung energischen Wollens und prophetischen Auftretens ziemlich gut gelungen ist; gewiss nur deshalb, weil er die gleichen Stellungen bei heftigen, wirklich vorhandenen Affecten häufig am Tage einzunehmen gewohnt war.








lichem Blödsinn, in denen überhaupt keine geordneten Gedankenreihen mehr möglich sind, und niemals eine wenn auch noch so ungeregelte Bewegung der verwirrten Vorstellungen um den Mittelpunkt einer früheren Wahnvorstellung stattfindet. Die geschilderte Verwirrtheit geht nicht in Blödsinn über, die Fähigkeit zu geordneten, wenn auch nur mechanisch ausgeführten Handlungen bleibt erhalten.

Dieser Zustand von Verwirrtheit kann nach Abblassen aller Affecte Jahrzehnte lang dauern bis zum Tode, und pflegt das körperliche Befinden ein ausgezeichnetes zu werden, besonders auch der Schlaf ein dauernd guter zu sein.

III.

Geistige Störungen verbunden mit dauernden anatomischen Veränderungen des Gehirns oder mit allgemeinen Erkrankungen.

Einleitung.

In der vorigen grossen Abtheilung wurde von geistigen Störungen gehandelt, die in der geschilderten Zeit ihres Verlaufes nicht von dauernden anatomischen Veränderungen des Gehirns begleitet werden; es waren functionelle Störungen, bei denen wir wahrscheinlich in chemischen Veränderungen der Nervensubstanz die vermittelnden Vorgänge für das Auftreten der geistigen Störung suchen müssen. Sie können aber bei längerem Bestehen und grösserer Heftigkeit zu dauernden anatomischen Gewebsveränderungen führen, wenn die schädlichen Theile des Stoffwechsels nicht mehr genügend von der Blutwelle fortgeschwemmt und ersetzt werden; daher begegnen wir einigen Ausgangsformen jener functionellen Psychosen wieder in dieser Abtheilung. Diese Trennung und Verbindung ist natürlich eine sehr künstliche; noch künstlicher wird die Eintheilung, wenn man hier Störungen ohne dauernde anatomische Veränderungen nur desshalb schildern muss, weil ihr klinisches Bild ganz übereinstimmt mit verwandten Zuständen, bei denen die anatomische Veränderung oder Grundlage sehr deutlich ist; es sind dies die primäre Demenz und die Imbecillität. Etwas richtiger erscheint die Stellung dieser Krankheitsbilder in diesem Zusammenhang allerdings, wenn man annimmt, dass es nur noch an unseren ungenügenden Untersuchungsmitteln liegt, wenn wir jene Veränderungen noch nicht nachweisen können, die der klinische Verlauf nach Analogie anderer Fälle erwarten lässt und verlangt. In der That werden zuweilen denn auch

Befunde und Beobachtungen gemacht, die sich jener Forderung annähern.

Die Psychosen der vorigen grossen Abtheilung zeigten bei sehr heftigem Verlauf auch schon, dass die zu Grunde liegenden chemischen Vorgänge zu Gewebsveränderungen führen müssen und einzelne Male dadurch schon auf der Höhe der Krankheit den Tod verursachen können; wird dieser Zeitpunkt überwunden, so ist durch die dauernd gesetzten anatomischen Veränderungen immer ein Krankheitsbild gegeben, das sich deutlich unterscheidet von functionellen Störungen; wie wir bald sehen werden, kommt es dann immer mehr oder weniger zur Dementia, die dann secundärer Art ist.

Die Verbindung psychischer Störungen mit allgemeinen Erkrankungen, sowohl des Nervensystems wie anderer Organsysteme, und mit fieberhaften Krankheiten wird dann weiter für die gesonderte Beschreibung gewisser Psychosen benützt. Auch diese Eintheilung ist eine künstliche, denn auch die einfachen geistigen Störungen können gleichzeitig mit solchen Erkrankungen vorkommen, ja im Anschluss daran sich entwickeln, ohne von ihrer Selbstständigkeit einzubüssen. Es gibt aber gewisse klinische Krankheitsbilder, bei denen die Psychosen sich aus jenen Erkrankungen entwickelten, und zwar in einem so innigen bleibenden Zusammenhang, dass sie dadurch ein besonderes Gepräge erhalten; daher ist z. B. eine Paranoia auf neurasthenischer oder alkoholischer Grundlage nur in diesem Zusammenhange zu schildern, eine mit Epilepsie verbundene Seelenstörung nur in dieser Verbindung zu beschreiben.

Vielleicht sind überhaupt nur die Dementia senilis und die paralytische Seelenstörung, und auch sie nur in gewisser Beschränkung Psychosen, die einen bestimmten Zusammenhang von klinischen Erscheinungen und anatomischen Gewebsveränderungen mit sich führen. Auch hier begegnen wir indessen schon häufigen Abweichungen, noch mehr aber bei den andern Psychosen dieser Abtheilung. Ausserdem kommen zuweilen die Verbindungen der verschiedenen Formen mit einander vor.

So nothwendig nun die wissenschaftliche Trennung der verschiedenen Gruppen bleibt, so mögen wir andrerseits nicht vergessen, dass die Wirklichkeit uns nicht nur viele unreine Mischformen bietet, sondern auch unentwickelte und darum undeutliche. Es sind die zu schildernden Krankheitsbilder nicht so scharf wie anatomisch bestimmte körperliche Krankheiten, einmal weil die Grundlage der Psychosen, das Gehirn, ein mit unendlich vielseitigeren Functionen

ausgestattetes Organ ist, dessen einheitliche Thätigkeit wir auch nicht vergessen dürfen, und weil andererseits die Functionen des Gehirns individuell ungleich verschiedener sind, als die Functionen z. B. der Lungen verschiedener Menschen. Die Berücksichtigung des Individuums, die Auffassung einer psychischen Störung als einer Krankheit einer bestimmten Person muss immer wieder betont werden, wenn verallgemeinernde Schilderungen versucht werden.

Gesichtstafel VII.

Gesichtstafel VII.

Beweglicher Blödsinn.

Bei Betrachtung der nebenstehenden Bilder wird man im Allgemeinen nicht geneigt sein, ohne Weiteres den Ausdruck des Blödsinns anzuerkennen; es liegt sogar etwas Sprechendes in den verschiedenen Physiognomieen. Es muss daher hervorgehoben werden, dass es sich um völlig verblödete Personen handelt, mit denen kein Gespräch mehr zu führen war. Die Bilder veranschaulichen daher nebenbei die wichtige Thatsache, dass sich bei Geisteskranken der Gesichtsausdruck sehr oft nicht mit dem Geisteszustande deckt; der Laie lässt sich durch das vernünftige Aussehen (wie durch ein vorübergehend vernünftiges Reden) oft täuschen. Man muss eben Handlungen, Reden und Haltung, und zwar sowohl in Vergangenheit wie Gegenwart, zusammen vergleichen; ein einzelnes Zeichen allein täuscht sehr leicht.

Das Mädchen auf den beiden oberen Bildern war früher maniakalisch; sie bietet uns ein Mienenspiel, das durchaus ohne willkürliche Beeinflussung vor sich geht. Sie zeigt beständig eine grosse körperliche Unruhe mit Neigung zum Schlagen, Zerreissen und Beissen; sie stösst fortwährend Töne aus, faucht, zischt, singt, droht, ohne dass irgend ein Sinn oder Zusammenhang in den dabei gebrauchten Worten zu erkennen ist. Die in einer Sitzung aufgenommenen Bilder waren bei der Unruhe der Kranken nur schwer zu gewinnen; äussere Gründe für den in ihnen angedeuteten Stimmungswechsel lagen nicht vor.

Der Ausdruck der Frau auf dem untern Bilde ist ein willkürlich hervorgerufener und aus einer Neigung zur Schauspielerei entstanden. Mund und Augen sind weit geöffnet, daher die Stirn gerunzelt, die Augenbrauen gewölbt; die gehobenen ausgestreckten Hände dienen zur Vermehrung des Gesammtausdruckes, der als eine Mischung von Bestürzung, Erstaunen und Schreck bezeichnet werden muss. Die viel heftigeren Affekte tiefer Seelenangst, der Furcht und des Entsetzens werden in ähnlicher Weise ausgedrückt, doch gehört dazu noch die rechtwinklige Furchung in der mittleren Stirngegend und vor Allem die Summe von Zeichen, welche aus der Betheiligung des vasomotorischen Systems entstehen: die Erweiterung der Pupillen, Färbung der Wangen, Beschleunigung des Athmens u. s. w. Von diesen Zeichen bot unsere schwatzende und schauspielerische Kranke keines dar.

Auch das Bild des Mannes zeigt ein zweckloses Spielen der Gesichtsmusculatur; verdeckt man eine Hälfte seines Gesichtes, so zeigt die linke (vom Beschauer aus) in der obern Hälfte melancholische Bestandtheile, die rechte ein Grinsen; das zusammengekniffene Auge gibt diesem tief und von Jugend an Blödsinnigen sogar etwas Verschmitztes.











Gesichtstafel VIII.

Gesichtstafel VIII.

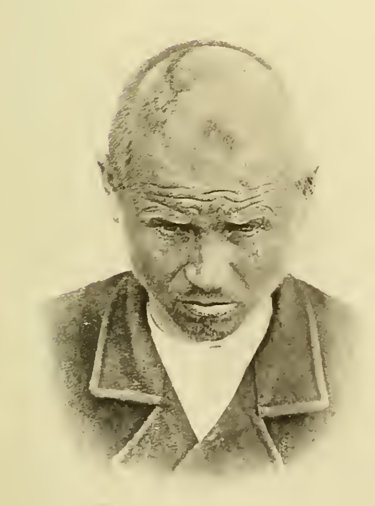
Stumpfer Blödsinn.

Auch die nebenstehenden Bilder machen theilweise nicht ohne Weiteres den Eindruck des Blödsinns, weil sie noch Bestandtheile melancholischer Ausdrucksformen enthalten; sie zeigen eben auch Ausgangszustände melancholischer Erkrankungsformen, und soll wieder betont werden, dass es sich um völlig verblödete Kranke handelt. Die Aufnahmen der Frau wurden in mehrwöchentlichen Zwischenräumen gemacht; sie können daher den starr gewordenen, stereotypen Ausdruck einer in Blödsinn übergegangenen Melancholie sehr gut durch ihre Aehnlichkeit veranschaulichen.

Die gerunzelten Augenbrauen auf dem Bilde des jungen Mannes links deuten ebenfalls eine frühere melancholische Verstimmung an; der Kranke ist schon Jahre lang stumpf und verblödet, er sitzt stumm auf seinem Platz, hat aber von Zeit zu Zeit die Neigung, sich die Haare auszureissen und die Oberhaut des Gesichts und Scheitels abzupflücken: dies ist auf dem Bilde ersichtlich durch helle Flecken und den kahlen Kopf.

Der junge Mann rechts ist ebenfalls stumm; seine Vorgeschichte ist dunkel, so dass nicht einmal festzustellen ist, ob der Beginn der Krankheit mit Affecten oder Wahnvorstellungen verlief. Seine ganze Haltung, sein Gang könnten auf die Vermuthung führen, dass ihn ein gehobenes Selbstbewusstsein beherrsche, womit auch sein Gesichtsausdruck nicht im Widerspruch zu stehen scheint. Thatsache ist aber nur, dass er jetzt ganz blödsinnig ist und wahrhaft fürchterliche Grimassen schneidet. Namentlich in Bewegungen des Mundes, den er rüsselförmig vorstreckt, wieder einzieht, dann einmal nur die Unterlippe vorschiebt, und in Verschiebungen der Stirnhaut hat er es zu einer wahren Virtuosität gebracht. Auch die Muskulatur des Halses wird spielend auf und niedergezogen durch Bewegungen des breiten Halsmuskels; für Augenblicke zieht er seinen Kopf tief zwischen die Schulter, dann wirft er ihn wieder in den Nacken, Alles in ruhiger Würde und mit langsam abgemessenen Schritten, mit durchgedrückten Knieen und vorgeschobenen Füssen, die Hände auf dem Rücken, oder die Arme über der Brust verschränkt. (Versehentlich sind Theile eines Korbstuhles, auf dem er sass, über seinen Schultern sichtbar geblieben.)








A. Dementia (Blödsinn).

Der Blödsinn wird erworben durch Krankheit, und setzt daher ein früher gesundes Geistesleben voraus, im Gegensatz zum Schwachsinn, der angeboren und erworben sein kann. Blödsinn kann nun den Krankheitsverlauf beginnen, dann schwinden oder dauernd bleiben, oder er ist das Ende anderer Psychosen und als solches unheilbar.

Die erste Form des Blödsinns, die **primäre Dementia** ist eine seltene Krankheit. Sie kommt fast nur bei jugendlichen Individuen, zuweilen zur Pubertätszeit, meistens bei Männern im 3. Jahrzehnt vor, entsteht fast plötzlich in wenigen Stunden oder Tagen oder nach kurzen Vorläufern. Geistige oder körperliche Erschöpfung, Schreck oder mechanische Erschütterung des Gehirns, Blutverluste, schwere Wochenbetten sind Ursachen. Die Affecte sind sehr geringe, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen fehlen. Das Gedächtniss, diese wichtigste Grundfunction der Nervensubstanz, erlischt schnell. Zuweilen ist im Beginn eine gewisse Unruhe zu erkennen, einzelne zwecklose, selbst gewaltsame Handlungen werden ausgeführt, aber bald ist eine völlige Aufhebung jeder geistigen Thätigkeit eingetreten und das Bild des Blödsinns zu erkennen. Es handelt sich um eine Lähmung aller geistigen Vorgänge, einen fast völligen Ausfall ihres Ablaufes. Die Sinne sind abgestumpft, antworten träge auf die ihnen entsprechenden Reize. Das Vermögen, Eindrücke aufzuspeichern, ist beträchtlich vermindert oder ganz aufgehoben. Es ist keine Spur von Willensthätigkeit mehr vorhanden, jede Thatkraft mangelt. Der Kranke antwortet garnicht mehr, lässt Alles mit sich machen, muss gefüttert werden und isst nur, wenn man ihm den Bissen in den Mund steckt. Wie träumerisch in Gedanken versunken bleibt er stundenlang auf einem Fleck stehen oder liegt regungslos im Bett. Die Miene ist ausdruckslos, der Blick verglast, ins Leere stierend. Die Pupillen sind weit, bewegen sich träge. Die Sensibilität ist meist ganz erloschen, so dass selbst starke elektrische Reize keinen Eindruck machen. Die Hautreflexe überhaupt sind vermindert, die Sehnenreflexe schwankend. Die Haltung ist schlaff, die Muskeln ohne Spannung, Bewegungen wird kein Widerstand entgegengesetzt, nur selten ist vorübergehend auch Muskelstarre vorhanden. Die Herz-

thätigkeit ist schwach, die Herztöne dumpf; der Puls in der Regel verlangsamt und klein, Oedeme an den Füssen sind daher häufig, und fühlen sich die cyanotischen Glieder kühl an. Der Schlaf ist ein tiefer und ruhiger. Die Temperatur des Körpers ist gesunken; auch bei genügender Nahrungszufuhr sinkt das Körpergewicht, oft beträchtlich. Die Athmung ist oberflächlich. Bei den höchsten Graden dieses Blödsinns ist die Bewusstseinsstörung so tief, dass die Kranken unrein werden, Koth, Urin und Speichel von sich gehen und laufen lassen.

In der Regel bleibt dieser Zustand sich gleich, doch kommen vorübergehende Aufregungen vor, in denen der Kranke singt, pfeift, zusammenhangslos aber oft in rhythmischer Weise redet, an seinen Kleidern herumzupft. Die Dauer der Krankheit dehnt sich meistens auf einige Monate aus, kann aber wenige Stunden oder Tage betragen. Nimmt das Leiden einen günstigen Ausgang, was in der grossen Mehrzahl dieser Erkrankungen der Fall ist, so belebt sich die Miene, der Kranke beginnt einzelne Worte und Sätze zu sprechen und langsam einige Bewegungen auszuführen, z. B. selbstständig zu essen. Sehr früh wird er reinlich. Dabei bessert sich die Ernährung, der Kreislauf hebt sich, und so stellt sich allmählich die Genesung ein. Meistens fehlt dann die Erinnerung für die Zeit der Krankheit völlig oder sie ist doch nur eine sehr lückenhafte.

Die Behandlung kann den Heilungsvorgang unterstützen durch gute Ernährung, Wein, Bier, Eisenpräparate u. s. w. Eine sorgfältige Hautpflege, laue Bäder zur Belebung des Kreislaufes, wie überhaupt Pflege in allen Richtungen, Erhaltung der Eigenwärme im Bett oder in gewärmten Räumen leisten Nützliches.

Der seltenere Ausgang ist der in dauernden Blödsinn, und fällt das Krankheitsbild dann zusammen mit Blödsinn nach anderen Psychosen. In diesem Falle wird man in wiederzunehmender Körperfülle bei sonst sich gleichbleibendem Verhalten den bedenklichen Wendepunkt erkennen. Von schweren Melancholieen ist dieser Blödsinn zuweilen bei kurzer Beobachtungszeit nicht leicht zu unterscheiden; indessen bei Berücksichtigung der Ursachen und der deutlichen melancholischen Verstimmung, die vorausging, bei Kenntniss des gestörten Schlafes und gelegentlicher Aeusserungen des lebhaften geistigen Innenlebens wird man sich rasch entscheiden können; ohne Kenntniss der Vorgeschichte der Krankheit kann man sich aber schweren Irrthümern aussetzen.

Die zweite Form des Blödsinns, die sogenannte **secundäre Dementia** ist der Ausgangszustand anderer vorausgegangener geistiger Störungen und als solcher sehr häufig. Daraus folgt schon, dass

er nicht von Anfang an in gleicher Deutlichkeit ausgeprägt ist, sondern der Ausdruck eines allmählich zunehmenden Krankheitsvorganges ist. Vorgeschritten bis zu den höchsten Graden pflegt er dauernd zu bleiben, kann aber auch auffallende Besserungen erfahren, ohne jedoch ganz zu verschwinden. Die in der primären Dementia hier und da zeitlich nahe zusammengeschoben auftretende Beweglichkeit und völlige Stumpfheit kommt getrennt in dem chronischen secundären Blödsinn vor. Man unterscheidet darnach den agitirten und den apathischen Blödsinn.

Beim **agitirten Blödsinn** ist eine mehr oder weniger starke, zerfahrene Erregung vorhanden. Der Kranke bietet ein zusammenhangloses läppisches Gefasel dar, eine Beweglichkeit mit Grimassen und Possen, die auch wohl als Narrheit bezeichnet ist. Ohne lebhafte Affecte findet sich hier ein blödes Mienenspiel, das sich in fadem Lächeln oder weinerlichem Grinsen bewegt, ein kindisches, albernes, plan- und zielloses Gebahren. Die Kranken laufen hin und her, lachen, tanzen, singen und springen; manche sind fortwährend in heiterer Laune, manche wieder zeigen sich weinerlich; andere wechseln rasch damit, wenn man sie in irgend einer Bewegung stört. Bei Vielen findet man einförmige Bewegungen in endloser Häufigkeit wiederholt, oft sehr verwickelter Art, z. B. Greifen der linken Hand nach dem rechten Ohr, und gleichzeitig oder abwechselnd damit Berührung der Nase mit den Fingern der rechten Hand, rösselsprungartige Fortbewegung, Wischen und Zupfen an den Kleidern, Ausreissen der Haare, Kratzen der Haut, stundenlanges Spucken. Möglicherweise sind diese Bewegungen ursprünglich Folgen von Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen, jetzt aber selbstständig und abgelöst von solchen, die im Blödsinn fehlen. Natürlich sind sie aber in den Zwischenzuständen, die sich erst zum Blödsinn entwickeln, zuweilen noch nachzuweisen. Schliesslich jedoch sind jene Bewegungen ohne psychische Vermittlung unmittelbare Folgen des Reizzustandes der Hirnrinde, für den eine fortschreitende Verödung des Gehirngewebes als Ursache angenommen ist.

Klinisch ist der bewegliche Blödsinn vielfach auch wieder nur ein Durchgangsbild zum apathischen, in den er bei genügend langer Dauer auch meistens übergeht. Trotz der äusserlichen Lebendigkeit und Redseligkeit haben die beweglich Blödsinnigen aber kein Verständniss mehr für Fragen, wissen nicht, wann sie geboren sind, sondern lächeln höchstens, wenn eine Antwort erwartet wird. Unreinlichkeit ist die Regel. Zuweilen erstreckt sich die Unruhe auch auf die Nächte, und in Folge der beständigen Beweglichkeit leidet

auch die Ernährung, die erst beim Uebergang in ruhigen Stumpfsinn sich bessert. Diese Geschöpfe können der Pflege sehr grosse Schwierigkeiten bereiten, da Zerreissen, Schmieren, selbst Kothfressen zu ihren Liebhabereien gehört. Auch rücksichtslose sexuelle Gemeinheiten sind ihre Beschäftigung.

Endlich findet man den höchsten Grad der Verblödung im **apathischen Blödsinn.** Es ist der geistige Tod, geistige Stumpfheit und Leere bis zum völligen Aufhören psychischen Geschehens; man könnte glauben, enthirnte, hirnlose Geschöpfe vor sich zu haben, wenn nicht der geregelte Fortgang der vegetativen Functionen die Thätigkeit niederer Centren bewiese, und zuweilen noch schwache Aeusserungen von Lust oder Unlust bei grob sinnlichen Reizen, wie beim Anblicke des Essens auftreten. Es fehlt jedes selbstständige Handeln; Alles muss durch fremde Hülfe, wie bei kleinen Kindern geschehen. Die Kranken müssen gefüttert werden, wenn sie essen, sie müssen abgehalten werden, wenn sie ihre Nothdurft verrichten sollen, sie müssen gewaschen und gereinigt werden. Mit ausdruckslosen Gesichtszügen, schlaff in sich zusammengesunken sitzen sie den ganzen Tag, jeden Tag des Jahres da auf dem gleichen Fleck, unbeweglich, wohin man sie schiebt. Aus dem Munde fliesst der Speichel, aus der Nase der Schleim, der Urin läuft in die Kleider, der Koth fällt unbemerkt fort; zum Abtritt geführt, geschieht dies sogar oft erst auf dem Rückwege. Unempfindlich gegen Kälte und Hitze suchen sie nirgends Schutz. Das Sprechen hört auf, nur unarticulirtes Schreien kann hier oder da eine flüchtige Erregung begleiten; diese ist nur ein Poltern, kann aber bei grossen Körperkräften durch Schlagen, Beissen und Kratzen gefährlich werden. Die auf Antrieb ausgeführten Bewegungen sind träge, die Musculatur ist schlaff, behält aber lange ihre elektrische Erregbarkeit. Der Schlaf ist gut, die Ernährung lange Zeit ausgezeichnet, oft eine wahre Verfettung, wenn nicht übermässige Gefrässigkeit Magen- und Darmkatarrhe zur Folge hat. Dabei kann geschehen in nächster Nähe was will, es kümmert den Kranken nicht. Dieses geistige Todtsein dauert zuweilen noch Jahre lang, bis der erlösende leibliche Tod eintritt. Im Allgemeinen leben aber solche Unglückliche doch nicht mehr sehr lange, da durch Darniederliegen des Blutkreislaufes, der Athmung und Ernährung Lungenentzündungen und erschöpfende Durchfälle den Tod herbeiführen.

Diese Geschöpfe sind nur noch Gegenstand der Pflege, die grosse Geduld und Aufmerksamkeit erfordert und zu den schwierigsten Aufgaben eines guten Wartpersonals gehört; anderswo als in Anstalten verkommen sie rasch und verfallen auch körperlich.

Da es eine nicht geringe Zahl von Fällen secundärer Dementia gibt, deren Gehirn bei der Section keine anatomische Veränderung zeigt, und dies in der Regel solche sind, die verhältnissmässig rasch mit dem Tode endeten, so kann man diejenigen pathologisch-anatomischen Veränderungen, die sich in einer Reihe anderer Fälle finden, weniger als Ursachen, denn als Folgen dieser Form der Dementia ansehen. Das Wesentlichste und Häufigste ist dann jedenfalls eine allgemeine Atrophie des Gehirns mit Erweiterung der Hirnhöhlen; Trübungen und Verdickungen der Hirnhäute sind schon seltener. Mikroskopische Veränderungen sind dann Fett- und Pigmentanhäufung in den Ganglienzellen, erweiterte Capillaren mit Anhäufung von Körnern in den Scheiden. Vermuthlich wird aber die Zahl der negativen Befunde sich namentlich dann verringern, wenn man zur Dementia nur Fälle von völligem Blödsinn rechnet, und die leichteren Grade geistiger Schwäche ausscheidet. Auch klinisch ist der Schwachsinn etwas ganz Anderes als der Blödsinn, so zahlreich die Uebergänge sein mögen. Die hier versuchte Trennung des Schwachsinns vom Blödsinn ist darum auch rein äusserlich geschehen, und werden wir den Schwachsinn erst eingehend erörtern bei der Darstellung der angeborenen Imbecillität, mit der er als Krankheitsbild viel näher verwandt ist als mit dem geschilderten Blödsinn.

B. Dementia senilis.

Der Altersblödsinn ist eine von diffuser Hirnatrophie begleitete geistige Störung, die entweder den Ausgang einer erst im Greisenalter erworbenen Melancholie oder Manie bildet, oder von Vornherein als ein geistiger Schwächezustand auftritt. Die letztere Form kommt hier zunächst zur Sprache. Die Dementia senilis schliesst sich an die physiologische Involution des Gehirns an, und gibt es demgemäss zahlreiche Uebergänge von geistiger Minderwerthigkeit des Greisenalters, durch verschieden hohe Grade geistiger Schwäche bis zum eigentlichen Blödsinn. Je nachdem der zu Grunde liegende fortschreitende Schwund des Gehirns rascher und umfassender verläuft, tritt das Bild des hier zu zeichnenden Altersblödsinnes deutlicher in die Erscheinung. Es gibt nun Fälle, in denen Vorläufer fast ganz fehlen, meistens aber schreitet die Verblödung allmählich vor. Die Abstumpfung und Verlangsamung der geistigen Vorgänge im Alter ist freilich eine so häufige, gewissermassen physiologische Erscheinung, dass nur der Fortschritt zu höheren Graden, und gleichzeitige vom Gehirn ausgehende motorische Störungen die krankhafte Steigerung des Vorganges allmählich klar stellen.

Zuerst fällt die Vergesslichkeit auf. Bezeichnend ist es, dass das Gedächtniss zunächst immer zahlreichere Lücken für die jüngste Vergangenheit aufweist, während es für die gelobte alte Zeit sich noch länger hält, so dass Erinnerungen aus früher Kindheit sogar mit grösserer Lebhaftigkeit aufzutauchen scheinen. Eine gewisse Geschwätzigkeit und Neigung in weitschweifiger Breite dieselben Erzählungen immer wieder von Neuem vorzubringen, kann diesen Anschein vermehren; aber gerade die ewigen Wiederholungen beweisen gleichzeitig, dass die Erinnerung, Dasselbe erst kürzlich erwähnt zu haben, verschwunden ist. Oder wenn diese Vergesslichkeit dem Betreffenden selbst noch auffällt, so veranlasst sie ihn, gewissermassen zur Erklärung und Entschuldigung seines Verhaltens unwahre Behauptungen, phantastische Uebertreibungen vorzubringen. Er wird gereizt und misstrauisch gegen seine Umgebung; wenn er etwas verlegt hat und vergeblich sucht, behauptet er, man habe es ihm gestohlen oder beschuldigt Andere, es verschleppt zu haben. Dasselbe

Misstrauen veranlasst ihn, Gegenstände absichtlich bei Seite zu bringen, um sich vor Diebstahl zu schützen; wenn er dann selbst vergessen hat, wo er damit geblieben ist, kann dies wohl dazu dienen, seine Furcht vor Diebstahl zu bestätigen. Er weiss oft gar nicht mehr was ihm gehört, verwechselt dann Mein und Dein, und eignet sich fremdes Eigenthum an, ohne dass eine besondere Neigung zum Stehlen vorliegt. Dies Gebahren wird noch vermehrt durch eine unruhige Geschäftigkeit. Tag und Nacht stöbert er in alten Papieren und anderen Gegenständen herum, stört dadurch den Schlaf anderer Personen und geht unvorsichtig dabei mit Feuer und Licht um. Am Tage überfällt ihn dann wohl mitten im Gespräch ober bei der Mahlzeit eine kurze Müdigkeit. Nachher läuft er wieder umher, steckt dies oder jenes ein, nutzlosen Plunder, Werthgegenstände, wohl gar Speisereste und Handwerkszeug durcheinander, sammelt Blätter, Cigarrenstummel u. dgl.; will man sie ihm wegnehmen, so leistet er heftigen Widerstand. Seine Unruhe treibt ihn auf die Strasse, dann verläuft er sich oder geht in die Läden, macht unsinnige Einkäufe, geht unbesonnene Verbindlichkeiten ein und kommt erst auf Umwegen mehr durch Zufall wieder ans Haus.

Aber noch weit bedenklichere Handlungen kommen bald zum Vorschein; in seiner Benommenheit verwechselt der Kranke Fenster mit Thüren, stösst sich und verletzt sich schwer. Er handhabt gefährliche Gegenstände ganz urtheilslos über die Gefahr, der er sich und Andere dadurch aussetzt. Viele begehen gröbere Verstösse gegen die Schicklichkeit, verletzen Schamhaftigkeit und Sittlichkeit; einige üben sexuelle Angriffe in roher Art aus, namentlich gegen Kinder. Der Geschlechtstrieb überhaupt ist gesteigert; die Unmöglichkeit der normalen Befriedigung führt dann zu manchen unsittlichen Handlungen.

Manche besondere Züge mischen sich diesem Bilde bei, Eigensinn und Eitelkeit, überhaupt auch hochgradige Selbstsucht; Zweifel an der beanspruchten hohen Leistungsfähigkeit, Widerspruch gegen unausführbare Pläne erregen den flüchtigen Zorn des Kranken. Die Befriedigung seiner persönlichen Bedürfnisse wird ihm zur Hauptsache. Die Verödung des Gemüthslebens zeigt sich in der Theilnahmlosigkeit gegenüber dem Wohl und Wehe der nächsten Angehörigen; wo noch Affecte ausgelöst werden, sind sie oberflächlich; weinselige Rührung, läppische Freude, klägliches Verzagen werden durch die geringfügigsten Anlässe hervorgerufen, um ebenso rasch zu verschwinden. Dabei verkennt der Kranke vielfach sogar seine eigenen Verwandten, vergisst ihre Namen.

In dieser Zeit wird die anatomische Grundlage des krankhaften Vorganges oft besonders deutlich durch leichte Krampfanfälle, vorübergehende Lähmungen einzelner Nerven, Schwindelanfälle. Aphatische Störungen verschiedener Art treten auf; indessen erfährt man erstaunliche Besserungen, wie denn überhaupt das Krankheitsbild zu dieser Zeit noch manchen Schwankungen unterworfen ist. Im Allgemeinen aber schreitet bei zunehmender Abstumpfung jeder geistigen Thätigkeit der Blödsinn vor. Der Kranke kleidet sich verkehrt an, fährt mit dem Beinen in den Oberrock, zieht die Strümpfe über die Hände, verwechselt Essgeräthe, verrichtet seine Nothdurft ohne Rücksicht auf den Ort, wo er sich befindet, wühlt in den Excrementen.

Eigentliche Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen fehlen bei dieser reinen Form des Blödsinns in der Regel; natürlich kommen jene Zeichen geistiger Störung im Greisenalter auch vor, wenn melancholische oder maniakalische Zustände die Erkrankung einleiten und die Entwicklung begleiten. Gedanken der Benachtheiligung, das Gefühl der Vereinsamung wird geäussert; dahin gehören Aeusserungen, Alles sei weggenommen, Nichts mehr da, die Welt untergegangen; auch wohl bestimmtere Beziehungen zur eigenen Person des Kranken finden sich, namentlich die Behauptung, dass er nichts mehr zu essen bekomme, aber eine weitere Verarbeitung solcher Gedankenreihen fehlt. Am Häufigsten sind noch schwachsinnige Grössenideen; Schwelgen im Reichthum von Gold, das in den mit Koth gefülltеu und beschmierten Händen gesucht wird. Die Sinnestäuschungen sind meistens nur Verwechslungen, selten echte Hallucinationen; vielfach handelt es sich nur um ungenaue Beobachtung und Erinnerung. Der Kranke ist in hohem Grade unbesinnlich und benommen. Durch beständiges Schwatzen und das ruhelose Umherwandern stört er seine Umgebung unaufhörlich, quält sie durch Wegnehmen der Kleider und des Essens, und wird zum wahren Plagegeist.

Dies traurige Bild ist zuweilen gemildert durch längeres Erhaltenbleiben einzelner liebenswürdiger Züge und Eigenschaften aus dem früheren Leben. Ueberhaupt kann das Kindliche, nicht immer Kindische und Alberne überwiegen; um so bemitleidenswerther erscheinen diese Ruinen geistigen Verfalls, und ist der Anblick der unglücklichen Menschen, die am Ende eines wirkungsreichen Lebens so verblöden, einer der traurigsten. Wenn die Unarten des kindischen Gebahrens, wenn Unreinlichkeit und Gewaltsamkeit überwiegen, kann die Unterbrechung des Krankheitsverlaufes durch Schlag-

anfälle und folgende Lähmungen zu einer wahren Erlösung für die Umgebung dienen. Jetzt tritt auch der körperliche Verfall mehr in den Vordergrund; die gierige Gefrässigkeit macht mangelndem Appetit Platz, oft genug hervorgerufen durch Verdauungsstörungen nach Ueberladungen des Magens. Ungenügender Schlaf beschleunigt den Rückgang des allgemeinen Kräftezustandes. Daher nöthigt die Entkräftung auch ohne Lähmungen zur Bettlage. Jetzt kann eine förmliche Schlafsucht den früheren Schlafmangel ablösen. Nach dem Erwachen beginnt wohl wieder eine leise Erregung, aber endlich fehlen die Wortbilder als Ausdruck irgend welcher Vorstellungen, selbst das vorgesprochene Wort kann nicht mehr wiederholt werden, trotzdem uns der Versuch dazu belehrt, dass eine flüchtige Aufmerksamkeit nicht fehlte. Allmählich prägt sich der Blödsinn immer mehr in Mienen und Haltung aus, und ist auch hier oft noch apathischer Blödsinn das Ende, wenn nicht irgend eine körperliche Erkrankung vorher den Tod herbeiführt; Lungenentzündungen und Darmkatarrhe sind hierzu die häufigste Ursache. Oft ist aber auch nur einfacher Verfall aller Kräfte vorhanden. Da eine ausgebreitete Verkalkung der Arterien den Altersblödsinn begleitet, ist die schon leicht fühlbare Starrheit der Wandungen auch im Pulsbilde als Pulsus tardus kenntlich. Im körperlichen Verhalten ist von Bedeutung noch das häufige Vorkommen von Ungleichheit und Wechsel in der Weite der Pupillen. Auch andere motorische Störungen leichterer Art, Ungleichheit beider Gesichtshälften, Zittern der Glieder und besonders der Sprachmuskeln, sind nicht selten.

Selten kommt die Krankheit vor dem 60. Lebensjahre zum Ausbruch; wenn in einzelnen Fällen das Bild der Dementia senilis schon in dem Alter zwischen 50 und 60 Jahren auftritt, so pflegt der ganze Körper dann schon ein vorzeitiges Greisenthum zu zeigen. Der Verlauf ist im Allgemeinen ein langsamer und erstreckt sich über mehrere Jahre; ein kürzerer Verlauf, namentlich ein solcher in wenigen Wochen, ist weit seltener. Die Prognose muss demnach als eine durchaus ungünstige bezeichnet werden.

Daher hat auch die Behandlung der Krankheit nur einen sehr engen Spielraum. Möglichst gute Ernährung, zuweilen Anregung des Blutkreislaufes, Sorge für Reinlichkeit und sonstige körperliche Pflege sind die Hauptsache. Die Nothwendigkeit beständiger und sorgfältiger Ueberwachung macht in sehr vielen Fällen die Anstaltsbehandlung nöthig; nur unter besonders günstigen häuslichen Verhältnissen ist eine genügende Beaufsichtigung durchführbar, und auch bei fortschreitendem Blödsinn ist die Pflege dort wegen der grossen Unreinlichkeit

sehr schwierig. Die nächtliche Unruhe wird durch leichtes Bier und Wein, und durch Schlafmittel bekämpft; es sind dann Opium und Morphium zu wählen, Chloralhydrat dagegen zu meiden, weil seine Anwendung bei dem brüchigen Zustand der Gefässe und den meist bestehenden Altersveränderungen oder der Fettentartung des Herzens nicht ohne Bedenken ist.

Von grosser Bedeutung sind die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Dementia senilis, die dieser Krankheit eine besondere Stellung zuweisen und schon nahe Beziehungen zu der folgenden Dementia paralytica zeigen. Der Schädel ist an den Seitenwandbeinen, namentlich auf deren Höhe, oft sehr verdünnt, zuweilen nach Schwund der Diploë papierdünn und durchscheinend. An andern Stellen dagegen kommen starke Verdickungen vor. Häufig sind auch ausgedehnte pachymeningitische Auflagerungen, Verwachsungen der Dura mit dem Schädel, und Haematome. Im Duralsack findet man reichliche Ansammlung von Serum. Die weichen Häute sind verdickt und getrübt; oft enthalten sie Kalkblättchen und starke Pacchionische Granulationen. Das Volumen des Gehirns hat abgenommen, sein Gewicht ist verringert, die Furchen klaffen und die Windungen sind verschmälert, vorzugsweise im Stirntheil. Die graue Rinde ist schmal und die Schichtenzeichnung zuweilen verwischt. Die weisse Substanz ist blutarm und lässt oft einen deutlichen Schwund der Fasermassen, besonders in der Markleiste nachweisen mit gleichzeitiger Vermehrung der Neuroglia. Die Ventrikel sind in der Regel erweitert. Ausser gelegentlichen Erweichungsherden und Blutungen in Rinde und Marklager sind noch besonders zu erwähnen die sehr gewöhnlichen Veränderungen an den Ganglienzellen, Schwund, Verfettung, Pigmentanhäufung. Die atheromatöse Entartung der Gefässe ist häufig, geht aber nicht immer über auf die kleinsten Haargefässe.

C. Dementia paralytica.
(Paralytische Seelenstörung).

Eine geistige Störung, die durch eine zum Blödsinn rasch fortschreitende geistige Schwäche gekennzeichnet ist und die sich regelmässig mit zunehmenden bestimmten Bewegungsstörungen und mit Blutgefässlähmungen verbindet, nennt man paralytische Seelenstörung. Abgesehen von ziemlich gleichen einleitenden Erscheinungen, bietet dieses Krankheitsbild zahlreiche Abweichungen, je nachdem überhaupt stärkere Affecte mit Wahnvorstellungen vorkommen oder fehlen, und nach der Art dieser Affecte und Wahnvorstellungen, die entweder gehobenen oder gedrückten Inhalt haben. Am Häufigsten ist das deutliche Auftreten einer expansiven Stimmung in einem gewissen Abschnitt des Krankheitsverlaufes, seltener ist eine depressive Stimmung oder das affectlose einfach blödsinnige Verhalten. Wir müssen daher in der Beschreibung die erste Form als typisch für das Auftreten der fortschreitenden paralytischen Seelenstörung voranstellen.

Eine bestimmte anatomische Veränderung des Gehirns gibt der paralytischen Seelenstörung ihre besondere Stellung; ausserdem ist sie vorzugsweise eine Erkrankung des vollkräftigen Mannes-, überhaupt des rüstigen Lebensalters, und verläuft so gut wie immer ungünstig und zum Tode. Diese letzten Punkte werden bereits hier erwähnt, um den Umfang schon vorläufig abzugrenzen, in dem unsere Beschreibung dieser wichtigen Psychose sich bewegen muss.

Halten wir uns also wieder wie gewöhnlich an ein den meisten Fällen von paralytischer Seelenstörung entsprechendes Bild des Krankheitsverlaufes; Abweichungen werden später gesondert zur Sprache kommen, ebenso einige der wichtigeren Ursachen.

Die paralytische Seelenstörung bricht niemals plötzlich aus, ja in der Regel entwickelt sie sich sogar sehr schleichend, nachdem zuweilen Jahrelang einzelne krankhafte Zeichen sich gezeigt und auch zeitweise wieder verschwunden waren; so wurden leichte Sprachstörungen schon neun Jahre vorm Ausbruch der Krankheit

vorübergehend festgestellt. Zuerst sind die Störungen ganz allgemeiner Natur. Allgemeine Unlust, Verdriesslichkeit, Abgeschlagenheit, sowie häufig Kopfschmerz gehören dahin. Der Kopfschmerz ist oft ein ringförmiger oder ein solches Druckgefühl, zuweilen findet sich auch eine besondere Empfindlichkeit der Schädelnähte. Schon hier sei erwähnt, dass sein frühes Schwinden möglicherweise mit dem Nachlass des Druckes bei eintretendem Schwunde der Hirnsubstanz in Verbindung gebracht werden muss. Entsprechend diesen **Vorboten** ist die Stimmung eine schlechte, gereizte, oft auch fast melancholische. Sie steht meistens ganz im Widerspruch mit den bestehenden Verhältnissen und der früheren Stimmungslage in gesunden Tagen. Daher ist mit Recht die hervortretende Veränderung als eine fortschreitende Aenderung des Charakters bezeichnet worden, die schon früh von einzelnen Zeichen geistiger Schwäche begleitet ist. Diese letztere tritt am Deutlichsten hervor in grosser Vergesslichkeit und leichter Ermüdbarkeit nach geistiger Arbeit; oft erscheinen die Kranken völlig rathlos. Nur mit Mühe erledigen sie die vorgeschriebene Arbeit und klagen dabei über immer zunehmende Erschöpfung; es kommen Tage vor, an denen sie sich überhaupt zu keiner Thätigkeit sammeln können. Die reizbare Stimmung und die Unlust zur Arbeit vermehrt sich leicht durch die gleichzeitig auftretende Gedächtnißschwäche, die wie in früheren Schilderungen gezeigt die Vorkommnisse der Gegenwart und jüngsten Vergangenheit betrifft. Die Fähigkeit neue Eindrücke festzuhalten, ist verloren; ein Besuch, eine Mahlzeit, ein Geschäft werden sofort wieder vergessen; dieselbe Geschichte wird an einem Abend mehrere Male erzählt. Im Vergleich mit dem noch Geleisteten erscheint der Umgebung dann die Ermüdbarkeit unerklärlich, und sie wirft dem Erschöpften seinen Mangel an Energie vor; namentlich alle geistige Arbeit, die mit selbstständigen Entscheidungen und mit Nachdenken verbunden ist, wird immer mehr unmöglich, während in mechanischer, vorgeschriebener Reihenfolge sich abwickelnde Thätigkeit längere Zeit noch durchgeführt wird. Doch sind dann Nachlässigkeiten, Auslassungen schon früh bemerkbar. Grosse Müdigkeit, selbst Schlafsucht kommt vor. Indem gleichzeitig oder doch bald darauf heftigere Kopfschmerzen mit Flimmerscotomen und Schmerzen in den Augen, ferner Ohrensausen den Kranken belästigen, wird seine Auffassung der Gegenwart eine ungenaue, das Bewusstsein ist in gewisser Weise getrübt und befindet sich in einer Art Umdämmerung. Doch entsprechend der Wandelbarkeit aller vom Gefäßsystem aus-

gehenden Erscheinungen, ist auch jetzt eine bedeutende Besserung durchaus das Gewöhnliche. An ihre Stelle treten nun andere Reizzustände, Beschwerden beim Athmen, Völle in der Magengegend, Schmerzen in den Gliedern, und desshalb zur Nachtzeit ungenügender Schlaf. Endlich finden sich als Vorboten der typischen fortschreitenden Dementia paralytica sehr oft leichte Störungen im Gebiete einzelner motorischer Nerven. Eine gelegentliche Ungelenkigkeit der Zunge, vorübergehende Zuckungen im Gesicht oder halbseitige Parese des Facialis, starkes Zittern der Glieder werden jetzt schon beobachtet, so dass alle Zeichen der ausgesprochenen Krankheit jetzt schon angedeutet sein können: die beginnende geistige Schwäche, Gefässschwankungen und motorische Störungen. Man muss die Zusammengehörigkeit dieser Zeichen beachten, da die Verbindung von fortschreitender Dementia mit den andern Erscheinungen gerade in diesem Abschnitt der Krankheit für die Beurtheilung überhaupt und namentlich auch sehr wichtig ist zur Unterscheidung von neurasthenischen Zuständen, denen besonders die geistige Schwäche der progressiven Dementia paralytica fehlt. Es ist daher ferner die Eigenthümlichkeit zu betonen, dass der später paralytisch blödsinnig werdende Kranke schon in dieser Zeit von den Veränderungen seines Geisteszustandes wenig oder garnichts merkt, während ein Neurastheniker gerade diese Veränderung zum Mittelpunkt seiner geistigen Interessen zu machen pflegt. Diesem und anderen Unterschieden werden wir noch mehrfach begegnen.

Indem nun die Krankheit nach allen Richtungen weitere Fortschritte macht, ist vor allen Dingen die Abstumpfung des Gemüths zu erwähnen; das Interesse für Alles, was sonst dem Herzen Werth und Wichtigkeit hatte, geht verloren, und wiederholen sich in ähnlicher Weise dieselben Züge, denen wir schon bei andern Formen des Blödsinns begegneten. Die Gleichgültigkeit gegen traurige und freudige Ereignisse im engeren Familienkreise, sowie bei Freunden und Bekannten wird um so auffälliger, wenn der Kranke früher ein zartfühlender Mensch war. Unmerklich, namentlich ihm selbst, vollzieht sich diese Wandelung des Charakters. Ebenso zeigen sich bald entsprechende Ausfallserscheinungen auf ästhetischem Gebiet; ein früher feinfühliger, geistigen Genuss ausschliesslich bevorzugender Mensch verliert völlig das Interesse an Kunst und Wissenschaft und andern höhern geistigen Interessen, und bevorzugt dagegen in auffallendster Weise grob sinnliche Genüsse. Grade an diesem Ausfall der höheren geistigen Gefühle erkennt man in vielen Fällen daher schon sehr früh die schwere geistige Störung; die Aende-

rung des Charakters und der Persönlichkeit ist eine tiefgreifende. Eigentliche Reizerscheinungen mit aufgeregter oder gedrückter Stimmung sind jetzt noch selten, während ein deutlich ausgeprägter Grundzug geistiger Schwäche und Rathlosigkeit allen geistigen Vorgängen gemeinsam ist, die Unfähigkeit zu gespannter Aufmerksamkeit wird grösser; unfähig sich in Zeit und Ort zurecht zu finden, kommt der Kranke zu früh oder zu spät, macht die Nacht zum Tag, verirrt sich in bekannten Strassen. Er erscheint in hohem Grade zerstreut, achtet kaum auf die Vorgänge in seiner Umgebung oder fasst sie doch nicht mehr mit früherer Schärfe und Klarheit auf. Diese unsichere und traumhaft verschwommene Auffassung äusserer Eindrücke erhöht die Gedächtnißschwäche mehr und mehr, und vermischt sich mit ihr zu dem Bilde stumpfen Hindämmerns. Ist dagegen die Besonnenheit noch etwas besser erhalten, so ist der Mangel an Kritik bei Erzählungen und in der Unterhaltung um so auffälliger; auch jetzt kommt es schon vor, dass phantastische Ausschmückungen ergänzen und erklären müssen, wenn der Richtigkeit des Erzählten Widerspruch entgegengesetzt wird, oder es kommt zu heftigen Behauptungen und gewaltsamen Reden als Ausdruck der reizbaren Stimmung des auf Uebertreibungen ertappten Kranken, die er nicht mehr zu begründen im Stande ist.

Nun tritt auch immer mehr in den Handlungen das Verkehrte hervor und dies namentlich auf ästhetischem Gebiete. Grobe Verstösse gegen gute Sitte, Gesetz und Sittlichkeit häufen sich. Ganz gegen ihre Gewohnheit beginnen die Kranken viel zu trinken, gehen in Unterhaltungsorte der schlechtesten Art, suchen trotz Gattin und Kinder in schamlosester Weise öffentliche Häuser auf, sprechen auf der Strasse in gemeinster Weise anständige Frauen an; zweideutige Witze, Nachlässigkeit in der Kleidung zeigen das Fehlen jeder Rücksicht auf Andere. In Gesellschaft, auf der Strasse, vor offenem Fenster entblössen sie ihre Geschlechtstheile, ohne das Unschickliche zu bemerken oder gar zu beabsichtigen. Dabei wird das Geld in unsinniger Weise ausgegeben, Bekannte und Unbekannte werden in Wirthshäusern in verschwenderischer Weise bewirthet. Auch sonst werden Bestellungen ins Ungemessene gemacht und die unglaublichsten und unnützesten Dinge angeschafft. Ist das Geld ausgegangen, werden Schulden gemacht, deren Zahlung vollständig vergessen wird. Alle diese Vorgänge verlaufen unter einem nicht zu schildernden Gleichmuthe der Kranken, die durch keinen Vorhalt und keine Schwierigkeit in Verlegenheit zu bringen sind, weil eben die Vorfälle nicht bis zur Höhe der vollbewussten Selbstauffassung reichen. Diese Erscheinungen schwerer Be-

einträchtigung des Bewusstseins können immer noch bestehen, ohne dass hochgradigere Erregung oder deutliche Wahnvorstellungen hervortreten, so dass die Kranken zu dieser Zeit der Krankheitsentwickelung auf die Umgebung nur den Eindruck von Betrunkenen machen; diese Auffassung ist um so erklärlicher, als es für unsere Kranken ganz besonders deutlich ist, dass sehr geringe Mengen alkoholischer Getränke genügen, um sie in Aufregung zu versetzen. Und einem Angetrunkenen verzeiht man heutzutage ja immer wieder seine Verstösse gegen die Sitte und den Anstand, seine Ungenirtheiten und Taktlosigkeiten; aber die häufige Wiederholung solcher Vorfälle macht doch die Umgebung vielfach schon bedenklich, besonders wenn sie Gelegenheit hat festzustellen, wie wenig Getränke der Patient zu sich genommen hatte. Oft genug setzt sich dasselbe Benehmen auch noch weit über die Zeit der Wirksamkeit des Alkohols fort, und die innere Erregung spricht sich nun auch schon in der Neigung aus, zahlreiche Pläne zu schmieden, viele Unternehmungen gleichzeitig zu beginnen, oft noch in der harmlosen Form gehäufter Besuche bei Freunden, Bekannten, dann auch bei unbekannten Personen.

Die Störungen in der Sprache und Bewegung sollen später im Zusammenhang einzeln und genau erörtert werden; hier muss aber doch bemerkt werden, dass ein leichtes Hemmniss, ein Anstossen der Zunge, das bei grösserer Erregtheit immer deutlicher zunimmt, geringe Mitbewegungen der Gesichtsmuskeln beim Sprechen und leichtes Zittern der Hände schon jetzt ziemlich regelmässig vorkommen. Einzelne Male geschieht dies im Anschluss an Schwindel oder Krampfanfälle; grade dann erholen sich die Kranken sehr oft wieder etwas, so dass sie psychisch für kurze Zeit freier sein können. Ebenso oft aber sind diese leichten Anfälle die Grenze zwischen der vollen Psychose und ihren Vorboten. Schwankungen des Verlaufs bleiben auch weiter noch etwas Gewöhnliches, aber sie gehören ganz vorzugsweise in die Zeit der Vorläufer. Am Schluss dieser Zeit ist auch die Stimmung wieder eine ausserordentlich schwankende und fällt unvermittelt von heiterer und rosiger Sorglosigkeit ins trübselig Weinerliche und rücksichtslos Zornmüthige. In dieser Reizbarkeit einerseits und der leichten Ermüdbarkeit andrerseits zeigt sich der Hauch geistiger Schwäche im Verhalten des Paralytischen auf das Augenfälligste und, wie wiederholt werden mag, Alles das, ohne dass der Kranke es merkt.

Gleichzeitig ist es aber auch erstaunlich, wie falsch das Thun und Treiben des Kranken vielfach noch von der Umgebung aufgefasst wird, und wie lange der Kranke oft noch zum eigenen und

Anderer Schaden in seiner Stellung bleibt. So erlebt man, dass Offiziere trotz grober Nachlässigkeiten, trotz unsinniger, oft grausamer Behandlung ihrer Mannschaft noch Dienst thun, dass Beamte und Kaufleute trotz grösster Unordnung in ihren Papieren vielleicht für nervös gelten, aber keinenfalls für geisteskrank. Namentlich Berufsarten, in denen eine geregelte Thätigkeit vorkommt, lassen die Krankheit länger verborgen. Selbst auffallende Erscheinungen wie heftige neuralgische Schmerzen, leichte Lähmungen einzelner Augenmuskeln werden nicht so sehr beachtet, weil sie bald wieder verschwinden; auch die Sprachstörungen entgehen der Umgebung oft oder werden als Nachlässigkeit angesehen. Erst wenn deutliche Wahnvorstellungen und alle jene Erscheinungen sich in stärkerer Weise zeigen, wird die Umgebung beunruhigt, oder wenn eine einzelne verkehrte Handlung den Kranken in Berührung mit dem Strafgesetz brachte, gehen den Angehörigen die Augen auf und sehen sie das Krankhafte auch in den andern Zügen und Handlungen des Patienten.

Obwohl die erwähnte Wandelbarkeit der Stimmung oft genug zu traurigen Vorstellungen führte, ist ihr länger dauerndes Vorherrschen seltener; doch pflegen den meistens bald in expansiver Form auftretenden Wahnideen in der Regel kürzere oder längere Zeit depressive vorauszugehen. Bei Schilderung der depressiven Form der Paralyse wollen wir sie genauer erörtern; hier gehen wir gleich über zu den also meistens nach einer depressiven Zwischenzeit sich ausbildenden Grössenideen.

Natürlich ist der Uebergang von den geschilderten Vorboten zu der **ausgebildeten Krankheit** kein plötzlicher, und begegnet man daher anfänglich nur einzelnen Andeutungen von **Grössenwahnvorstellungen** neben jenen. Der unruhige Kranke wird unternehmungslustig und verbesserungssüchtig. Er entschliesst sich seinen Beruf zu wechseln, will König und Minister in ihren Pflichten unterweisen. Nun telegraphirt er hier und dahin, sendet unaufhörlich Postkarten und Briefe ab; das zwecklose Ankaufen von Gegenständen bewegt sich in lächerlichen Uebertreibungen; Einer kauft ein Dutzend Kutschen und zwanzig Papageien, ein Anderer schleppt Wagenladungen voll unbrauchbarer Dinge ins Haus, verprasst in kürzester Zeit die grössten Summen in Wirthshäusern und Gesellschaft. So lange man den Kranken nicht beschränkt, entäussert sich der expansive Vorstellungsgang in solchen Handlungen; die geistige Schwäche zeigt sich aber dann besonders, sobald er, wie in einer Anstalt an der Ausführung gehindert wird. Er wird dadurch wenig in seiner erhobenen Stimmung gestört und anstatt, wie man erwarten könnte, auch hier

gewaltsam die früheren Wünsche zu erstreben, begnügt er sich jetzt in dem gesteigerten Fluge seiner Vorstellungen zu schwelgen. Eine merkwürdige Gleichheit des Inhalts besteht dabei; Erziehung, sociale Stellung, Rasse, Nationalität führen natürlich zu kleinen Unterschieden, aber auch Männer und Frauen weichen etwas von einander ab. Die Männer sprechen von Grösse, Reichthum, Macht und Ruhm, die Frauen häufiger von Schmuck und Glück in der Liebe, von Kindersegen. Die Kranken sind grosse Würdenträger: Oberste, Feldherrn, Generalfeldmarschälle, Fürsten, Könige und Kaiser. Sie sind berufen die Nation zu leiten, die Welt, das Universum. Dank ihren Wohlthaten wird die ganze Welt im Glücke schwimmen. Sie besitzen Schlösser und Paläste, deren Mauern von Gold sind, deren Einrichtungen aus werthvollen Metallen bestehen. Sie gewinnen und besitzen enorme Summen, fangen mit Hunderttausenden an und gelangen bald zu Millionen, Milliarden und unendlichen Vielfachen dieser Zahlen. Nichts begrenzt ihre Macht und ihren Reichthum, aber auch ihre Freigebigkeit ist unbeschränkt und sie vertheilen in liberalster Weise Titel, Orden, Aemter und Schätze an ihre Verwandten, Freunde, Diener und wer sonst gerade in ihren Wurf gelangt. Eine deutliche Vorstellung der Ungeheuerlichkeit ihrer Behauptungen fehlt dem Kranken oft, viel davon ist auch nur Prahlerei; dies zeigt sich besonders in der Leichtigkeit, mit der solche Reden durch Zweifel und Widerspruch sich steigern lassen. Der Kranke gefällt sich im Renommiren, und hat er im Augenblick vielleicht nur den Wunsch geäussert, Minister oder König zu werden, gleich darauf ist er es; verschenkte er eben Tausende und wünscht man mehr von ihm, so gibt er gern auch gleich Millionen mit freundlichem Lächeln. Freilich vergisst er dies rasch und meint bald wieder, ein Geschenk von einigen Thalern sei auch schon gross; und es kann überraschen, wenn ein solcher Prahler für sich selbst um einen Groschen bittet, oder glücklich ist über das Geschenk einer Cigarre. Dann erzählt er wohl wieder, er sei Kaiser, Gott; ihm gehöre die Erde, der Mond und die Sterne dazu. Er versteht alle Sprachen der Erde und noch einige mehr; aufgefordert, eine davon mitzutheilen oder in einer ihm wirklich fremden Sprache angeredet, scheut er sich nicht zu erklären, diese gerade vergessen zu haben, macht irgend eine leere Ausflucht oder sagt einfach, er wolle jetzt nicht darin sprechen.

Eine Begründung seiner Behauptungen liegt ihm fern, eine Verarbeitung der Wahnvorstellungen zu einem System versucht er gar nicht, und daher ist auf der Höhe dieser Er-

regung nur eine lockere Aneinanderreihung von Grössenideen vorhanden; meistens fehlt jede phantasievolle Ausmalung oder ein poetischer Schwung der Gedanken, und bei häufigerer Unterhaltung tritt doch schon fast immer eine grosse Armseligkeit des Gedankeninhalts zu Tage. Eine Zusammenstellung der verschiedenen Aeusserungen, wie es hier geschehen muss, könnte vielleicht zu der Annahme führen, dass eine poetische Erfindungskraft dem Paralytiker eigen sei; hier und da mag man auch solchen Vorgängen bei ihnen begegnen, in der Regel aber beweist bald das Einerlei der häufig wiederkehrenden blöden Ungeheuerlichkeiten den Hauch geistiger Schwäche, der alle Vorstellungen durchweht. Die scheinbare Productivität ist vielfach nur von Aussen hineingetragen durch den Frager und seine Auffassung. Die Grösse des eingebildeten Besitzes oder der Stellung übersteigt daher oft den Wortreichthum des Kranken; er macht dann zur Bezeichnung wahre Wortungeheuer zurecht, oder nennt sich Oberkaiser, Obergott und dgl. Die Grenzen von Zeit und Raum schwinden, Naturgesetze und Wahrscheinlichkeit werden ohne Scheu überschritten; gerade die ungeheuerlichen Reichthümer werden meistens in gedankenlosester Weise übertrieben. Berge und Tonnen voll Gold, Kisten voll Diamanten und Kostbarkeiten gehören ihm in Anzahl von Millionen. Eine Million Schiffe, gefüllt mit Edelsteinen von der hundertfachen natürlichen Grösse, stehen ihm zu Gebote. Jedes Maaß und jedes Urtheil darüber fällt bei ihm weg, kritiklos und gedankenlos spricht er märchenhafte Dinge aus. Einer hat zur grössern Bequemlichkeit der Menschen im Weltmeer schwimmende Städte erbaut, mit denen man zu verschiedenen Jahreszeiten ohne Schwierigkeit in verschiedene Klimate ziehen kann; ein Anderer befährt Sterne oder hat einen 2000 Fuss hohen Thurm erbaut, von dem man die ganze Welt übersehen kann. Der Kranke besitzt 100 Elephanten, mit denen er sein Land Meter tief pflügt, Pferde, die auf allen Instrumenten spielen und verschiedene Sprachen sprechen; er baut eine Eisenbahn nach dem Himmel aus lauter Smaragden und Rubinen, oder fährt auf einer Drahtseilbahn dahin; er wohnt in einem diamantenen Schlosse, von dem durch ihn selbst chaussirte Wege ausgehen über die ganze Erde, die er so beherrscht. Ein Anderer hat Italien gekauft, Asien erobert und vernichtet, die Brücke, die in den Mond führt, zerstört. Einer lässt sich als Herrgott blaue Haare wachsen, ein Anderer zwei Möpse aus seinen Augen. Wieder ein Anderer macht 100 herrliche Tragödien, 100 Gedichte an einem Tage. Dabei sind Widersprüche mit früheren eigenen Behauptungen nicht ungewöhnlich; oder bei aller innern Armseligkeit des wahren Ge-

dankeninhalts wechseln wohl auch hier Vorstellungen der Grösse und des Reichthums in gewisser Weise, aber grosse Schaffenskraft ist nicht zu erkennen, höchstens eine phantastische Uebertreibung, und fehlt es an einer ins Einzelne gehenden Ausgestaltung der Ideen, die nur ein läppisches Gewand tragen. Sucht er auch eine würdevolle Haltung, einen majestätischen Schritt anzunehmen, mit Bedeutung zu sprechen, so steht damit doch sein Aeusseres oft genug in kläglichem Widerspruch, denn er vernachlässigt es, oder er liebt es, sich mit Flittern und Federn zu schmücken, wenn nicht schon Unsauberkeit und Schmutz den fortschreitenden Blödsinn beweisen. Während er die ganze Menschheit einlädt zu gewaltigen Festgelagen an meilenlangen Tischen, geht er in zerrissener Kleidung mit beschmutzten Händen umher.

Die Unmittelbarkeit des Zufliessens der Grössenideen, nur in Folge der krankhaften Vorgänge im eigenen Gehirn, zeigt sich jetzt zuweilen, wenn vorübergehend eine traurige Stimmung eingeschoben ist. Doch bleibt das besondere Kennzeichen der Uebertreibung; er hat jetzt Milliarden durchgebracht, muss tausend Jahre ins Zuchthaus. Häufig verbinden sich solche Stimmungen mit leichten Schwindelanfällen.

Eine andere Gruppe von Grössenvorstellungen bewegt sich noch enger um die eigene Person des Kranken und schliesst sich an seine eigenen körperlichen Gefühle. Wenn auch nicht regelmässig, so treten diese Vorstellungen häufig mehr in den Vordergrund der Erscheinungen, wenn die Höhe der Erregung überschritten wird. Auch der Rest eigenen inneren Widerspruchs ist verschwunden, und in voller Gefühlsseligkeit schwimmt der Kranke mit dem Strom seiner glücklichen Vorstellungen dahin. Alles ist ihm rosig und golden, er fühlt sich so urgesund, ist jung und schön, besitzt eine ausgezeichnete Stimme, eine Leibeskraft, die ihn befähigt, Tausende von Centnern, Schaaren der stärksten Männer spielend zu bewältigen. Er hat eine eiserne Brust, geht in einer Minute tausend Meilen weit, kann fliegen, über stockhohe Häuser und Kirchthürme springen. Er bewundert seine kräftigen Muskeln, steht stolz vorm Spiegel. Während man seine Pupillen untersucht, behauptet er schlankweg, sie seien drei Meter weit. Er prahlt mit seinem Appetit und seiner Verdauungskraft, isst Walfisch-Coteletten und gefüllte Elephanten, kann tausend Flaschen Champagner austrinken. Seine Excremente sind Gold, das Feinste an Wohlgeschmack und Heilsamkeit, sein Urin ist Rheinwein. Grossartig sind seine Leistungen auf sexuellem Gebiet; darin ist er überhaupt nicht zu befriedigen und bedarf stetig ungezählter Mengen von Frauen.

Weibliche Kranke haben die schönsten Kinder geboren, lauter Zwillinge und mehr zur Zeit, ja bataillonsweise kommen sie alle Tage zum Vorschein. Sie haben drei oder mehr Bräutigame; doch bewegt sich der Ausdruck solcher Grössenideen bei Frauen wenigstens nach Zahlen im Allgemeinen in etwas bescheideneren Grenzen; auch ihr Besitz beschränkt sich einfach auf viele schöne seidene Kleider; sie haben wohl eine goldene Kutsche, die mit veilchenblauer Seide ausgeschlagen ist, aber doch nur von einem Schimmel gezogen wird.

Das gehobene Selbstgefühl zeigt sich andererseits in den masslosen Uebertreibungen der eigenen geistigen Leistungsfähigkeit. Der Kranke ist Dichter und Musiker ersten Ranges, er ist es, der eigentlich der Homer und Shakespeare gewesen; er schreibt alle Gesetzbücher der Welt; was er wünscht, kann er leisten, was er denkt, ist gut und gross. Und mit seinen Gedanken im Wachen mischt er noch die Phantasien seiner Träume; so schwelgt er in fabelhaften Gegenden, geniesst die Freuden des Paradieses auf Erden. Reich an Körper und Geist, Besitz und Macht, ist er glücklich wie sonst Keiner.

Wenn man im Auge behält, dass die Wiederholung derselben Grössenideen innerhalb gewisser Grenzen das Gewöhnliche ist, also eine grosse Eintönigkeit vorliegt, so kann man andererseits doch auch innerhalb dieser engeren Begrenzung eine grosse Wandelbarkeit der Vorstellungen erkennen, die von Secunde zu Secunde wechseln, jede Minute andre sind, freilich nur um bald wieder in den trostlosen Anfang des Kreises zurückzukehren. Wenn sie nun auch im Laufe mehrerer Monate, oft sogar während der ganzen Dauer der Krankheit sich gleichen, so gibt es Fälle genug, in denen ein Kranker, der sich Anfangs für einen reichen Herrscher hielt, später als einen grossen Künstler bezeichnete. Eigentliche feste Wahnvorstellungen sind nicht vorhanden, wohl aber einzelne vorherrschende, um die sich dann flüchtigere, zufällige drängen, aufspriessen und verschwinden. Sie bieten sich ihm leicht, in der Unterhaltung an Worte oder Fragen sich anknüpfend; es sind bewegliche Bilder, die sein Bewusstsein durchwandeln, ohne Eindruck zu hinterlassen. Sie geben dem paralytischen Grössenwahn Anfangs noch eine Art Schmuck, was aber noch einmal gesagt sei, sie täuschen den Beobachter, der in ihrem zahlreichen Auftreten poetischen Schwung und geistreiche Gedanken vermuthet, wo doch nur eine lahme Phantasie und oft genug auch Lüge dahintersteckt. Aber nur eine wiederholte und längere Beobachtung kann solche Täuschungen verhindern; dann aber wird der blöde Sinn bald erkannt. Schon die Genugthuung, die der Kranke zeigt, wenn der Zuhörer seinen Erzählungen staunend zuhört, zeigt die

Urtheilslosigkeit; die in ursprünglichster Art aus seinem Gehirnleben auftauchenden Gedankenreihen setzen ihn selbst aber nicht in Verwunderung, sondern er hält das Alles leicht für die volle Wahrheit. Es bedarf dazu auch keiner Bestätigung, und sind die Wahnvorstellungen des Paralytikers meistens selbstständig, nicht unterstützt durch Sinnestäuschungen oder zu ihrer Erklärung herbeigezogen.

Obwohl Sinnestäuschungen in der paralytischen Seelenstörung völlig fehlen können, so kommen sie doch nicht selten in den verschiedensten Abschnitten und Verlaufsarten der Krankheit vor. In der expansiven Form und zwar besonders in dieser Zeit der grossen Aufregung, in deren Schilderung wir stehen, kommen vorzugsweise Gesichtstäuschungen vor, Engel, glänzende Erscheinungen; Gehörstäuschungen sind hier selten und lässt der fortschreitende Blödsinn sie jedenfalls auch immer undeutlicher erkennen.

Mit Vorstehendem werden die psychischen Zeichen der expansiven Form der Dementia paralytica genügend auseinandergesetzt sein, wenn noch ein kurzer Blick wiederholt wird auf die zunehmende Gedächtnißschwäche. Die Schätzung jedes Zeitmaasses ist unmöglich; es ist dem Kranken ganz unklar, ob seit seinem Eintritt in die Anstalt Wochen oder Tage verflossen sind; er weiss weder Wochentag noch Datum, ja oft nicht einmal die Jahreszahl, oder er lässt sich doch in seinen Angaben ausserordentlich leicht irre machen. Er vergisst Eigennamen, gibt seinen Geburtstag falsch an, verwechselt die Namen seiner Kinder. Es lassen sich gelegentlich grosse Lücken für bestimmte Ereignisse im Gedächtniss nachweisen, und wird man durch solche begrenzte Ausfallserscheinungen gedrängt zu der Annahme bestimmter umschriebener anatomischer Veränderungen in der Hirnrinde.

Meistens gleichzeitig, zuweilen früher, oft auch später als die geschilderten psychischen Erscheinungen treten zahlreiche verschiedene **körperliche Störungen** auf, von denen die wichtigsten die motorischen sind; sie gehören aufs Engste zu dem Krankheitsbilde, müssen aber der Uebersichtlichkeit wegen einer gesonderten Beschreibung unterzogen werden.

Am Frühesten pflegen Sprache und Stimme zu leiden. Die Störungen der Sprache in der paralytischen Seelenstörung sind so wichtig und bezeichnend, dass wir sie zuerst eingehend berücksichtigen müssen. Das Aussprechen der Worte ist gestört durch Zittern und unregelmässige, krampfhafte Zusammenziehung der Muskeln des Gesichts, der Lippen und der Zunge. Meistens beginnt das

Zittern in der Nähe der Nasen-Lippenfalte und in der Oberlippe; um die zuerst nur fibrillären kleineren Zuckungen zu erkennen, bedarf es genauer Aufmerksamkeit, wenn der Kranke sich ruhig verhält, während sie viel leichter zu erkennen sind, sobald er von irgend einer gemüthlichen Erregung ergriffen ist oder sich zum Sprechen anschickt. Hat er erst einige Worte gesprochen, so pflegt diese Erscheinung oft wieder für einige Minuten zu verschwinden, wie sie denn anfangs überhaupt etwas Flüchtiges hat und nur von Zeit zu Zeit auftritt. Es ist aber sehr wichtig, dies krampfhafte Spiel um die Mundwinkel frühzeitig zu beachten, da es in Verbindung mit sonstigen Zeichen, die den Verdacht auf paralytische Seelenstörung erregen müssen, zur Feststellung der Diagnose schon sehr früh dienen kann; denn bei anderen Psychosen ist es selten, zuweilen bei Melancholieen, häufiger bei Neurasthenie, auch kann es ein Vorbote von Bulbärparalyse sein, und ist die Diagnose dann lange erschwert.

Schon auffälliger und auch frühzeitig kann man beträchtliche Unterschiede in der Innervation beider Facialnerven überhaupt finden. Die Gesichtshälften werden dadurch ungleich, und ist eine mangelhafte Ausprägung gerade der Furchen ersichtlich, in deren Nähe Zuckungen der Muskeln, ein Beben der Fasern stattfindet. Die Stirnfurchen sind so auf einer Seite weniger ausgeprägt als auf der andern oder es ziehen sich die Muskeln einer Stirnhälfte nicht so ausgiebig und rasch zusammen wie die der andern. Eine Nasenlippenfalte ist seichter oder ganz verstrichen, der Mundwinkel hängt, und es zeigt diese Gesichtsseite weniger mimisches Leben, weniger Ausdruck und ist maskenähnlich schlaff, die Zusammenziehung ist eine schleichende. Doch ist von einer eigentlichen Lähmung dabei nicht die Rede, und können alle von diesem Facialis versorgten Muskeln die Bewegungen ausführen, immer aber mit geringerer Energie und verminderter Genauigkeit als im gesunden Zustande. Ueberhaupt ist festzuhalten, dass von Anfang bis Ende der paralytischen Seelenstörung nur sehr selten und zum Schluss eine vollständige Lähmung vorkommt, dass die beobachteten Bewegungsstörungen immer mehr das Kennzeichen der Schwerfälligkeit und Unbeholfenheit im Zusammenwirken an sich tragen.

Die Bewegungen entsprechen in der Gruppirung der Muskeln nicht genau dem Bewegungszwecke, sie sind unsicher und ungeordnet. Desshalb lassen sich diese motorischen Störungen am Leichtesten an den Bewegungsformen da feststellen, wo feinere, verwickeltere Bewegungen ausgeführt werden sollen. Während die rohe Muskelkraft und einfache Bewegungen noch keine Abweichung erkennen lassen,

Gesichtstafel IX.

Paralytische Seelenstörung.

Diese wichtige Form geistiger Störung kann im besondern Fall jede der auf den früheren Tafeln dargestellten Ausdrucksformen bieten; ihr wichtigstes Kennzeichen sind aber die Lähmungserscheinungen verschiedener Art. Naturgemäss sind diese nun bildlich um so schwieriger wiederzugeben, als es sich dabei vielfach nicht so sehr um völlige Lähmungen als um kraftlosen und abgeschwächten Gebrauch einzelner Muskelgruppen handelt. Die Wiedergabe mehrerer Bilder einer Person erschien daher am Geeignetsten, eine Vorstellung von den Zuckungen und den unregelmässigen Paresen der Paralyse zu verschaffen; die sonstigen Ausdrucksformen dieser Krankheit sind zu zahlreich, als dass sie hier angedeutet werden konnten.

Auf dem ersten Bilde hat der Mann sich bewusst zum Photographiren hingesetzt, daher einen verhältnissmässig gespannten Gesichtsausdruck angenommen. Dann wurde seine Aufmerksamkeit abgelenkt und ihm aufgegeben das Wort „Photographie“ auszusprechen. Die dabei entstehenden grossen Schwierigkeiten führten nun zu einem ungeordneten krampfhaften Muskelspiel: natürlich können die beiden Bilder das Beben und Fliegen nicht zeigen, — doch lassen sie das mühsame Bewegen des Mundes erkennen. Der Kummer über das Misslingen des Aussprechens und die Anstrengung dabei drückt sich in den bekannten rechtwinklig gekreuzten Stirnfurchen aus; es fällt aber sofort ein Unterschied in beiden Gesichtshälften auf; auf dem Bilde rechts oben ist die linke Augenbraue (vom Beschauer aus) stärker gerunzelt, daher hier auch eine stärkere senkrechte Furche; die rechte Augenbraue steht höher mit spitzem Winkel und entsprechend stärkerer Stirnfurchung darüber. Das untere dritte Bild zeigt dieselben Erscheinungen etwas abgeschwächt, dagegen viel stärker die im vorigen Bilde erst schwach angedeutete Lähmung in der Bewegung des Hebers des linken (vom Beschauer aus) Augenlides. Da dieser Muskel vom Nervus oculomotorius versorgt wird, haben wir also auf einer Seite die abgeschwächte Thätigkeit dieses Nerven gleichzeitig mit (gegenüber der andern Hälfte) stärkerer Innervation in einzelnen Zweigen des Antlitznerven.

Die leichte Ptosis der Augenlider ist auf dem Bilde des Mädchens eine beiderseitige. Im Uebrigen ist der Ausdruck ihres Gesichtes ein völlig leerer und ausdrucksloser und zeigt stumpfen Blödsinn. Am freien Ohr ist ein geschrumpftes Othaematom angedeutet.








zeigt sich die ungenügende Leistung also schon deutlich, wo verschiedene Muskelgruppen zu einem Bewegungszwecke zusammenwirken sollen, oder wo es auf genaues Bemessen der Innervation und auf feine und bewusste Unterscheidung verschiedener Bewegungsformen ankommt. So ist, lange bevor von Lähmungen der Lippen, Zungen- oder Gaumenmuskulatur die Rede sein kann, eine Störung der Sprache bemerkbar — eine Störung, welche auch gar nicht so sehr in einem wirklichen motorischen Ausfall begründet ist, als vielmehr in dem Unvermögen, die zur Articulation nothwendige Raschheit und Genauigkeit in dem Zusammenspiel der verschiedenen Muskelgruppen aufzubringen. Was die Sprachstörung der Dementia paralytica kennzeichnet, ist eben das Unvermögen, die Buchstaben zu Silben, die Silben zu Worten zusammenzufügen — sie ist oft wesentlich eine articulatorische Störung, aber gleichzeitig immer auch eine coordinatorische, wie sich bald zeigen wird; es werden die eine Silbe bildenden Buchstaben einzeln richtig ausgesprochen, aber unrichtig oder schwerfällig zusammengefügt, so dass die Buchstaben versetzt erscheinen. Ebenso verhält es sich mit dem Zusammenfügen der Silben zu ganzen Worten: einzelne Silben werden ausgelassen, andere wiederholt, noch andere an die unrichtige Stelle gesetzt, so dass man diese Art der Sprachstörung sehr zutreffend als Silbenstolpern bezeichnet. Im weitern Verlauf erst treten diese Störungen als wirkliche Ausfallserscheinungen hervor; während ihrer Entwicklung ist es dann immer noch eines der wichtigsten ihrer Kennzeichen, dass die Ermüdbarkeit der betreffenden Muskeln bei wiederholter Ausführung der betreffenden Bewegungen die Störung deutlicher erkennen lässt. Die Zunge wird in kleinen Stössen vorgeschoben, da einerseits die nöthige Kraft fehlt, oder der Kranke über das anzuwendende Maass der Kraft und über das Ergebniss der Bewegung im Unklaren ist; daher bleibt sie auch bei der Aufforderung zum Ausstrecken an der Unterlippe gleichsam hängen; die Kranken machen dann oft die wunderbarsten Versuche, sie vorzubringen, benutzen die Finger dazu, und gleichzeitig treten andere Mitbewegungen ein, die nichts nützen, wie Stirnrunzeln und Aufreissen der Augen. Beim Sprechen leiden besonders die Endsilben der Worte, die gewissermassen verschluckt werden. Das undeutliche Aussprechen der Silben kann krampfhaft erscheinen wie beim Stottern als Wiederholung, oder als verlangsamtes zauderndes Nachziehen einer Silbe, ähnlich wie beim Skandiren. Einzelne Lippen und Zischlaute leiden besonders, dabei wird der Mund möglichst wenig geöffnet; bei übermässiger Zusammenpressung der Lippen versagt die Sprache dann vorübergehend sogar gänzlich. Zuweilen hört man ein stossweises unrichtiges Betonen einzelner Silben oder Worte.

In der gegebenen Schilderung findet man mehrere Störungen der Sprache neben einander, die sonst auch wohl als Silberstolpern, Stammeln, Scandiren, Meckern, Lallen, Kleben, Zaudern oder Häsitiren und Zittern getrennt beschrieben werden; nun ist es aber einmal überhaupt schwer diese wissenschaftlich abgegrenzten Unterschiede scharf auseinanderzuhalten, und andrerseits bei der paralytischen Seelenstörung um so schwerer, weil hier anatomische Veränderungen in allen Gebieten vorkommen können, auf die jene Sprachstörungen bezogen werden müssen. Diese Gebiete sind Anfang und Ende der cortico-bulbären Sprachbahn; in der Hirnrinde, wahrscheinlich in der Nähe der motorischen Centren der Centralwindungen müssen wir den Ort für die Zusammenordnung der sprachlichen Ausdrücke suchen, im verlängerten Marke den Ort für die Lautbildung. Da nun diese ganze Sprachbahn anatomische Veränderungen erleiden kann, dies aber bei der paralytischen Seelenstörung nicht gleichmässig der Fall ist, besonders zeitliche Unterschiede gefunden werden, je nachdem die krankhaften Vorgänge von Oben nach Unten oder in umgekehrter Richtung verlaufen, so entsteht in der Regel ein Krankheitsbild, in dem jene wissenschaftlich begründeten Unterschiede verwischt erscheinen, und darum hat unsere Beschreibung sich an die gewöhnlichen thatsächlichen Verhältnisse gehalten. Je mehr sich aber die Erkrankung auf die Rinde beschränkt, desto deutlicher ist die Coordination des Wortes als einer sprachgesetzlichen Einheit aus Lauten und Silben gestört, und werden diese durch einander geworfen, entweder weil die Klangbilder der Worte im Gedächtniss gelockert sind oder weil ihre Aneinanderreihung unrichtig ausgeführt wird. Ist die Erkrankung aber auch im Bulbus aufgetreten, so findet man besonders die Lautbildung behindert; gleichzeitig sind dann auch die Bewegungen der Zunge, Wangen und Lippen beim Essen, Kauen, Einspeicheln und Schlingen der Speisen, beim Pfeifen, Blasen und andern Bewegungen gestört, die bei der auf die Rinde sich beschränkenden Erkrankung noch gut von Statten gehen können. Daher ist bei wesentlich articulatorischer Störung das Krankheitsbild nahe verwandt mit den zahlreichen Erscheinungen verschiedener Erkrankungen des Bulbus, z. B. denen bei multipler Sclerose und echter Bulbärparalyse. Daraus folgt, dass eigentlich nur die von der Rinde ausgehende Störung als kennzeichnend angesehen werden darf; in einzelnen reinen Fällen ist es denn auch möglich, sie isolirt zu erkennen. Fraglich scheint es aber, ob die als fette Sprache, als lallende, schmierende Sprache beschriebene Störung auf die Rinde oder den Bulbus zu beziehen ist, da bei ihr sowohl ein schleifendes

Hinübergleiten der mangelhaft articulirten Lautverbindungen zu einander stattfindet, als ein Durcheinanderschieben der Laute.

Einige gebräuchliche Wortzusammenstellungen, die besonders geeignet sind, die berührten Sprachstörungen zur Erscheinung zu bringen, mögen hier angeführt werden: dritte reitende Artilleriebrigade oder gar Gardeartilleriebrigade ist z. B. für das Aussprechen eine Aufgabe, die auch einem Gesunden Schwierigkeiten machen kann, jeden Kranken aber zum Stolpern bringt. Ferner dreiunddreissigste Reiterschwadron; Elektricität, Initiative können auch genügen. Aber auch ganz leicht aussprechbare Worte in einfacher Unterhaltung geben die Möglichkeit, die Sprachstörung zu erkennen.

Verwickelt wird die Sache wieder mehr, wenn sich dazu noch phonetische Störungen gesellen. Die Stärke des Anblasens und die Spannung der Stimmbänder wird zuweilen dauernd und beträchtlich herabgesetzt, die Sprache leise, eintönig, und die Stimmlage tiefer; zuweilen werden die Kranken heiser, oder es fehlt am richtigen Maass im Luftverbrauch und der Spannung der Stimmbänder. War das Anlauten z. B. gleich zuerst zu kräftig, so sinkt die Stimme bald zum Flüstern herab, und endlich ist der Kranke völlig mit der Luft, aber auch mit seinem Satze am Ende. Die veränderte Klangfarbe zeigt sich sehr stark beim Singen. Alle diese Störungen wird man vorzugsweise in der Innervation der Kehlkopfmuskeln zu suchen haben, aber auch eine gestörte Beweglichkeit des Gaumensegels wird sich durch Näseln kundgeben.

Ein wichtiger Beweis für die aus Fehlern in der Zusammenordnung und Bildung der Silben und Laute erwachsende Sprachstörung der Paralytiker ist bei ihrem Auftreten während des Lesens zu finden. Diese Lesestörung wird gleichzeitig zu einem wichtigen Erkennungszeichen der Dementia paralytica, weil gerade beim lauten Lesen die geschilderten Erscheinungen oft ganz besonders deutlich werden. Es kommen nämlich verkehrte Wörter hervor, indem die Kranken die Silben der gedruckten Wörter entweder unter sich vertauschen oder die Wörter durch andere sinn- oder klang- oder schriftverwandte ersetzen; dabei kann das Buchstabiren derselben veränderten Wörter gut gelingen, aber die Lautbildung schwieriger Worte wird durch Einschiebung erleichternder Buchstaben ausgeführt. Indessen kommen auch hier Fälle vor, bei denen die letztere articulatorische Störung mangelt und die coordinatorische rein hervortritt. Zu Wort- und Satztheilen des vorliegenden Textes werden Silben, namentlich Endsilben hinzugefügt, an die Stelle völlig ausgeschiedener Worte werden solche ganz anderer Bedeutung gesetzt

und in dieser Weise ein völlig neuer Text ohne jeden Zusammenhang geschaffen. Der Kranke bringt bei mehrmaliger Wiederholung immer wieder neue Silben- und Wortverbindungen hervor, die nur eine bruchstücksweise und entfernte Aehnlichkeit mit dem Originale darbieten. Dabei glaubt er vollständig richtig abgelesen zu haben, ohne doch den Inhalt des Gelesenen zu verstehen. Diese Lesestörung ist so wichtig, weil sie der sonstigen Sprachstörung zeitlich oft vorauseilt.

Nahe verwandt, aber wegen ihrer Beziehung zu den Bewegungen der Hände dort eingehender erörtert, sind auch die Störungen der Schrift.

Hier müssen wir noch die Sprachstörungen erörtern, die von andern Rindengebieten ausgehen, über die sich die krankhaften anatomischen Veränderungen ausdehnen, welche der paralytischen Seelenstörung zu Grunde liegen. Insbesondere beobachtet man nicht selten vorübergehende Anfälle von echter Aphasie, bald mit aufgehobenem, bald nur mehr oder weniger getrübtem Bewusstsein. Entweder erklären sie sich aus vorübergehenden Störungen in der Blutströmung, umschriebenen Oedemen in der Hirnrinde oder aus stärkeren Veränderungen der Hirnzellen. Diese Zustände schliessen sich ungemein häufig an sogenannte paralytische Anfälle an, die im Wesentlichen krampfähnliche motorische Störungen mit Bewusstseinstrübung sind, wie wir bald näher sehen werden. Der Kranke kann dann z. B. wochenlang den Namen keines einzigen Gegenstandes finden, den man ihm zeigt, obgleich er die Dinge selbst erkennt. Ein Anderer belegt einzelne Dinge mit unrichtigen Namen, oder es kehren gewisse bestimmte Bezeichnungen fälschlicherweise bei den verschiedensten Gelegenheiten wieder. Oder es kommt zu gänzlicher Sprachlosigkeit mit theilweise erhaltenem Verständniss der Dinge, die sich um den Kranken ereignen. Wir müssten alle verschiedenen Arten der Aphasie durchgehen, die als selbstständige Erscheinungsgruppen bei andern, namentlich herdförmigen Erkrankungen des Gehirns bekannt sind, da sie alle auch gelegentlich bei der Paralyse vorkommen. Indessen der Wechsel, das Schwanken des Bildes und die Verbindung mit den besonderen Veränderungen der Sprache, die wir genauer kennen gelernt haben, kennzeichnen die paralytische Seelenstörung; dauernd ist Aphasie bei dieser entweder nur dann, wenn herdweise Zerstörungen der Rinde vorliegen — die typische Paralyse kennt diese aber nicht, sondern es handelt sich dann um eine sog. modificirte — oder wenn völliger Blödsinn gänzlichen Ausfall der Sprache hervorruft.

Damit haben wir als letzte Ursache der Sprachstörung noch die fortschreitende Dementia zu nennen; je weiter der Blödsinn fort-

schreitet, um so mehr beherrscht er auch auf dem Gebiet der Sprache das ganze Krankheitsbild. Zum Unterschiede von Kranken mit einfacher Aphasie, die durch irgend welche anzügliche Aeusserungen sich sogar besonders leicht verletzt zeigen, fehlt dem blödsinnigen Paralytiker dafür jedes Verständniss; für die grundlegende Bedeutung der Sprache als Ausdruck aller geistigen Vorgänge ist es aber bezeichnend, dass auch bei den meisten Fällen herdförmiger Aphasie allmählich die Anfangs voll erhaltene Intelligenz leidet, um so mehr als um den Herd diffuse Veränderungen eintreten und die unendlich vielen Verbindungen zu andern Hirngebieten dadurch in Mitleidenschaft gezogen werden. Weil die echte Dementia paralytica progressiva nun ganz wesentlich eine diffuse Erkrankung der Hirnrinde ist, wird es klar, dass bei ihr die in der Rinde entstehenden coordinatorischen und aphatischen sprachlichen Störungen von Vornherein so eng verbunden mit dem fortschreitenden Blödsinn auftreten. Hirnsprache, wenn man nach dem Ursprungsort diesen Theil der Sprache so nennen darf, und geistige Leistungsfähigkeit gehen zusammen. Erst die Ausbreitung der Krankheit auf Bulbus und Medulla bedingt die rein articulatorischen und einige andere motorische Störungen, die wir bald kennen lernen werden. Freilich ist im einzelnen Fall der Entstehungsort nicht ohne Weiteres kenntlich, sondern kann nur mit Berücksichtigung aller Erscheinungen bestimmt werden.

Zu erwähnen sind aber vorher doch noch einige sprachinhaltliche Störungen, die der Paralyse angehören. Die Kranken gefallen sich in umschreibenden Ausdrücken, gebrauchen wunderliche, selbst geschaffene Wörter und Wendungen, fallen in Satzbau und Grammatik auf die Stufe der Kindheit zurück, unterbrechen die Satzfolge, weil ihnen der Gedankenfaden abreisst. Es kommen auch hier und da einige Wunderlichkeiten vor, die man wenigstens beim ersten Entgegentreten geneigt sein könnte auf Verlegenheit zu schieben, als deren Ausdruck sie sonst bekannt sind; es ist dies z. B. das mit Gaxen bezeichnete Anhalten der Rede und die Unterbrechung des Satzes durch gedehnte Vocale oder Nasenlaute; da es sich aber erst während der Krankheit entwickelt, muss auch hier eine organische Grundlage vermuthet werden. Plötzliche Unterbrechung eines Satzes kann aber natürlich auch ein einfacher Ausdruck dafür sein, dass der blödsinnige Kranke unfähig ist, den begonnenen Gedankenkreis abzuschliessen. Ein Geräusch, namentlich eine leise Frage kann die Zerstreuung zu einer vollständigen machen, und den Satz plötzlich abbrechen.

Wir wenden uns jetzt den Störungen im Bereich einiger motorischer Hirnnerven zu, die bei der Sprache nicht betheiligt sind. Von grösster Wichtigkeit für die Erkenntniss der Krankheit sind dies die an den Augen bemerklichen, ganz vorzugsweise die der Pupillen. Vorausgeschickt muss werden, dass diese Zeichen natürlich nur dann einen Werth haben, wenn erwiesen ist, dass sie erst in der Krankheit entstanden sind und eine andere Ursache innerhalb des Auges ausgeschlossen werden kann. Schon daher haben Unterschiede in der Weite beider Pupillen oft nicht eine so grosse Bedeutung, weil die Zeit der Entstehung und andere Ursachen im Auge bei den Kranken vielfach nicht genau festgestellt werden können; überhaupt legt man heutzutage immer weniger als früher Werth auf Unterschiede in der Weite der Pupillen bei paralytischen Geisteskranken, die auch bei andern geistigen Störungen nicht so selten vorkommen. Wichtiger und wohl auch seltener bei andern Psychosen ist das häufige Wechseln in der Weite beider, besonders bei psychischen Erregungen, sowie das Ueberspringen der überwiegenden Weite von einer Seite auf die andere, die springende Mydriasis, als Zeichen der schwankenden Innervation der Irismuskeln. In diesem letzten Falle ist zweifellos die Störung eine doppelseitige; bei längerem Bestehen grösserer Weite auf einer Seite, ist nur eine hochgradige Erweiterung ohne Weiteres auf das Ergriffensein gerade dieser Seite von der Innervationsstörung zu beziehen; ist die Erweiterung nur gering, so könnte auch eine Verengerung der andern Seite die Ursache sein, dann wird man ein Hülfsmittel für die richtige Auffassung darin suchen können, ob festzustellen, welche Iris rascher beweglich ist, und die Erkrankung auf Seite der minder beweglichen annehmen dürfen. Ob Reizzustände des Hals-Sympathicus hierbei eine Rolle spielen, oder Erkrankungen der Oculomotoriusbahnen bleibt zweifelhaft. Auch Unregelmässigkeiten der Form der einzelnen Pupille sind von Bedeutung, die Umrandung ist oval oder nicht scharf fortlaufend umrissen. Viel wichtiger und häufiger ist aber eine auffällige und gleichmässige andauernde Enge beider Pupillen; dies Zeichen ist so bedeutsam, dass es bei einer sonst schon nachgewiesenen geistigen Störung fast zu dem Schlusse zwingt, sie werde sich zu einer Dementia paralytica fortentwickeln. Freilich dürfen nur die höchsten Grade der Myosis darauf hinleiten, sie sind aber dann auch meistens unverkennbar, da die Verengerung gewöhnlich bis zu der geringen Grösse eines Stecknadelkopfes gelangt. Die Ansichten über den Sitz dieser Störung sind noch unsicher, besonders weil sie sowohl bei Fällen beobachtet wird, bei denen andere Zeichen eine

Erkrankung des Bulbus und der Medulla beweisen, wie bei solchen, die ohne jede Betheiligung dieser Abschnitte des Centralnervensystems verliefen. Die Sehschärfe pflegt unter diesen Verhältnissen unverändert zu sein. Es verdient Beachtung, dass diese starke Myosis auch ohne Rückenmarkserkrankung beobachtet wird, da sie bekanntlich eine wichtige Erscheinung in der Tabes ist, einer Erkrankung, die aber neuerdings mit Recht als eine solche der ganzen Hirnrückenmarkssäule angesehen wird. Es handelt sich dann entweder um die Erkrankung von Faserzügen, die von vordern Oculomotoriuskernen durch den Sehhügel der andern Seite am seitlichen Kniehöcker in den Tractus opticus treten, oder solcher Faserverbindungen der hinteren Oculomotoriuskerne zur Hirnrinde, die vielleicht in der Nähe des Centrums für den Heber des oberen Augenlides enden (vergl. Fig. 7 Seite 12), oder endlich um theilweise Erkrankung jener Kerne selbst. Wie bei Myosis der Tabes, so ist auch in der Dementia paralytica Beschattung oder Beleuchtung eines oder beider Augen oft nicht im Stande, eine Veränderung der Pupillenweite auf einer oder beiden Seiten herbeizuführen, während die Pupillen sich bei der Accommodation in nächste Nähe verengern, bei der in die Ferne erweitern; man hat also eine reflectorische Pupillenstarre bei erhaltener accommodativer Beweglichkeit der Pupillen. Diese Erscheinung der Pupillenstarre für Licht, daher auch Lichtstarre genannt, ist auch ziemlich häufig bei weiten und mittelweiten Pupillen, und dann die erhaltene Accommodationsfähigkeit noch leichter festzustellen. Bei unregelmässig umrandeten und verzerrten Pupillen ist das Erhaltensein der Accommodation, der Lichtstarre entgegen, sehr auffällig.

Hochgradige dauernde Erweiterung beider Pupillen pflegt erst gegen Ende der Paralyse einzutreten.

Leichte Lähmungen einzelner Augenmuskelnerven, besonders des Abducens oder eines Astes des Oculomotorius, gehen häufig jahrelang der ausgesprochenen Dementia paralytica voraus; das dabei entstehende Doppeltsehen verschwindet aber in der Regel nach mehrmonatlichem Bestehen. Ebenfalls vorübergehend wird zuweilen Nystagmus und Krampf, aber häufiger Ptosis eines oder beider Augenlider gefunden; dass neuere Beobachtungen auch für diese letztere Erscheinung einen Ort im untern bis hintern Theile des Scheitellappens, also ihren corticalen Ursprung wahrscheinlich gemacht haben, wurde schon eben berührt.

Ebenfalls ist in der Hirnrinde ein Ort für die Kaubewegungen nachweisbar durch Herderkrankungen; beim Fehlen entsprechender

Veränderungen in den betreffenden Kernen des Bulbus ist es daher sehr wahrscheinlich, dass auch die Erscheinung anhaltenden heftigen Zähneknirschens — eines Krampfes, der vom Trigeminus versorgten Kaumuskeln, der sich namentlich am Ende der paralytischen Seelenstörungen sehr häufig zeigt — auf die Erkrankung der Hirnrinde in ihren motorischen Theilen zu beziehen ist. Da sich dies Zähneknirschen sonst nur bei wenigen Psychosen, z. B. im Anschluss an Schädelverletzungen zeigt, so ist es eines der wichtigsten Zeichen für die Paralyse, ausserdem eine für die Umgebung sehr unangenehme und störende Erscheinung, die durch kein Mittel zurückgehalten werden kann.

Von grosser Wichtigkeit ist die Störung im Bereiche derjenigen Nerven, die die Schlingbewegungen vermitteln. Der Hypoglossus für die Zunge, der Facialis und Trigeminus für das Gaumensegel, der Trigeminus für die Kaumuskeln, der Glosso-pharyngens für Zunge und Rachen, endlich der Vagus für Speiseröhre und den Schluss des Kehlkopfes arbeiten häufig ungenügend, und ausser der schlechten Vorbereitung der Speisen für die Verdauung, bringt ihre Functionsstörung in der paralytischen Seelenstörung die grosse Gefahr des Verschluckens mit sich; dadurch entsteht zu Ende der Krankheit oft die Gefahr der Erstickung. Wieder handelt es sich mehr um eine Ungeschicklichkeit bei den sonst geläufigen Bewegungen für den Schlingact, als um eine eigentliche Lähmung der Muskeln, aber doch so, dass die corticale oder bulbäre Entstehung nicht sicher zu entscheiden ist. Ob eine Unempfindlichkeit des Kehlkopfeinganges dazu kommt, ist wegen der Dementia dieser Kranken nicht gut festzustellen; im Allgemeinen aber ist die Sensibilität überhaupt seltener gestört, wenn nicht gleichzeitig Tabes im Spiel ist. Jedenfalls erfordert die Erstickungsgefahr beim Verschlucken die grösste Vorsicht, und sollte man diese Blödsinnigen nur langsam füttern, da sie selbst gewöhnlich geneigt sind, die Speisen gierig zu verschlingen.

Die Bewegungen der Arme und Hände sind schon frühzeitig ungeschickt, wohlbemerkt, ohne gleichzeitige Gefühlsstörung wie beim Tabetiker. Der Paralytiker ist daher bald nicht mehr im Stande, Beschäftigungen zu üben, die eine besondere Handfertigkeit erfordern, wie z. B. Clavierspielen, Einfädeln von Nähnadeln, Zuknöpfen der Kleidung. Wichtig ist, dass diese Ungeschicklichkeit und eine damit verbundene Ermüdbarkeit zuweilen auf einer Seite stärker ist; im Allgemeinen pflegt die grobe Kraft dabei lange erhalten zu bleiben. Doch kommt eine gewisse Steifigkeit der Muskulatur als ein neues Hinderniss für die Ausführung der

geplanten Bewegungen fast regelmässig hinzu; auch Zittern in diesen Augenblicken muss als Innervationsstörung angeführt werden. Die unrichtige Schätzung der Widerstände und des Maasses der aufzuwendenden Muskelkraft sind die Ursache ungeordneter stossweiser Bewegungen.

Am Deutlichsten zeigt sich dies in der Schrift. Dass der Inhalt des Geschriebenen genau wie die Sprache den Geisteszustand offenbart, ist ohne Weiteres klar. Ebenfalls werden beim Schreiben Buchstaben und Silben ausgelassen und versetzt oder wiederholt. Aber die Form der Schriftzüge ist ein schlagender Beweis für das ungenügende und unrichtige Zusammenwirken der betheiligten Muskelgruppen; sie sind unsicher, zitternd, die Striche fahren über die Grenzen hinaus, verlaufen in Bogenlinien. Ausserdem erhalten die Schriftstücke durch Ungeschicklichkeit des Schreibenden ein wunderliches Aussehen; Klexe gehören wohl regelmässig dazu. Endlich sieht das Papier sehr unsauber aus durch Fettflecke, Ausstreichen und Ueberwischen der Tinte, zuweilen wird kreuz und quer geschrieben, auch über zwei Gegenseiten hinweg, oder nicht nur der Satz, sondern auch die angefangene Linie unterbrochen, und zwischen Alles eine zwecklose Interpunction gestreut, wenn sie nicht gänzlich fehlt. Auch in den höchsten Graden des Blödsinns, wo nur noch einige Linien mühsam hingemalt werden, ist aber die zitternde unsichere Form noch unverkennbar; sie muss wesentlich als Ausdruck der gestörten Innervation von den motorischen Centren der Hirnrinde angesehen werden, ähnlich wie die Sprechstörung. Ist bei fortschreitendem Blödsinn die Fähigkeit zum Schreiben erloschen, so befindet sich der Kranke in voller Rathlosigkeit, wenn man ihn vor einen Briefbogen setzt; um seine Hülflosigkeit zu verbergen, entschuldigt er sich dann wohl mit irgend welcher Ausrede, dass er z. B. ohne Brille nicht schreiben könne oder keine Lust dazu habe. Uebrigens kommen Fälle von Dementia paralytica ohne Schriftstörung vor, und besteht auch keine gesetzmässige Gleichheit in der Ausprägung von Schrift- und Sprachstörung; eine kann der andern vorausgehen. Wenn die Schriftstörung die frühere ist, bildet sie daher ein besonders wichtiges Kennzeichen für die Erkennung der Krankheit, und dies frühe Auftreten ist recht häufig. Der Geübte kann schon aus einem Briefe die Krankheit erkennen, namentlich weil die Unsicherheiten und Auslassungen vielfach nicht verbessert werden; vgl. Schrifttafel S. 151.

Eine bedeutende Störung kann der Gang der Paralytiker erleiden, wobei zunächst die Verwickelung mit Tabes ausser Acht zu lassen ist. Die Unbeholfenheit beim Gehen lässt sich entsprechend

den vielen verschiedenen Gangweisen bei Paralyse sehr verschieden bezeichnen. Ist der Gang Anfangs noch ziemlich rasch, so fällt doch eine gewisse Schwäche der einzelnen Bewegungen auf, die Schritte sind klein, die Beine werden in Knie und Hüfte nicht gehörig gehoben, daher straucheln sie bei Unebenheiten des Bodens oder an einer Treppe. Wesentlicher für den eigenthümlichen Gang wird aber der Mangel der richtigen Zusammenordnung der Muskeln, die Ataxie. Unsichere und ungeregelte, breitspurige Bewegungen bringen einen schwankenden, watschelnden, schlenkernden und schlürfenden Gang hervor; ein Fuss wird nachgeschleppt, das Knie sinkt ein, und der Kranke muss sich an der Mauer halten, sonst stolpert er jeden Augenblick und fällt manchmal zu Boden. Im Bette liegend kann er die Beine lange Zeit noch ziemlich frei bewegen, aber es geschieht doch langsamer und starrer, dabei zitternd und stossweise, bis zuletzt eine gewisse Steifigkeit und Spannung der Muskulatur das einzige Zeichen ist, dass ein Innervationsstrom immer noch stattfindet, so ungeschickt und ungenügend der Erfolg sein mag. Dabei kann man sehr häufig beobachten, dass jeder Versuch den Beinen, und dasselbe gilt dann auch für die Arme, eine neue Lage im Bett zu geben, sich steigerndem Widerstand begegnet; man muss dann zu unterscheiden versuchen, ob dieser Widerstand psychisch bedingt ist durch Vorstellungen der Furcht und Angst, oder ob ein unmittelbarer Hirnreiz dies Verhalten begründet. Für letzteren Fall ist es von Bedeutung, wenn die Spannung auch im Schlafe bestehen bleibt. Aber auch die zuweilen hervortretende Angst ist weniger als psychische Ursache der sich steigernden Bewegungssteifigkeit anzusehen, denn als unwillkürlicher Ausdruck der Furcht, es werde eine Bewegung verlangt und ausgeführt, die eben wegen jener Spannung der Muskeln mit einem gewissen Schmerze verbunden ist. In einzelnen Fällen mag allerdings die organisch durch Hirndruck begründete Angst überwiegen über die ebenfalls in der Hirnrinde entstehende Spannung; die Kranken ziehen sich dann zurück, wehren jede Annäherung durch feindliches Wesen ab, lassen sich weder ankleiden noch auskleiden, nehmen keine Nahrung und pressen die Kiefer mit unnachgiebiger Kraft zusammen, wenn man ihnen mit Speisen nahe kommt; sie halten oft durch mehrere Tage jede Entleerung zurück und setzen auch den künstlich angestrebten Entleerungen einen heftigen Widerstand durch Zusammenziehung der Schliessmuskeln entgegen. Da diese Spannung aber einer vorübergehenden Lösung fähig ist, hat man sie zu unterscheiden von Spasmen in Folge Erkrankung der Seitenstränge des Rückenmarks. Ueberhaupt sind Schwankungen in der Stärke

der Gehstörung wieder etwas Gewöhnliches und in gewisser Weise Kennzeichnendes; denn schon leichte Störungen im Kreislauf der empfindlichen Hirnrinde bedingen so schwere Erscheinungen; aber wie jene Gefäßschwankungen werden sie auch leicht wieder verschwinden, während es in den tiefer gelegenen Stellen des Rückenmarks gröberer, aber darum auch andauernderer anatomischer Veränderungen bedarf, um die gleichen Zeichen zu bewirken, deren Bestand dann ein festerer ist.

Die Ungleichheit der Innervation ist oft auch kenntlich in der Haltung des Rumpfes; der Körper wird schief gehalten, hängt nach einer Seite hin, neigt besonders nach Vorn oder Hinten. Diese Haltung wechselt aber mehrfach, so lange sie nur durch die im Ganzen diffuse, gleichmässige Erkrankung der Rinde bedingt ist, während sie nach Erkrankung des Rückenmarks beständiger auftritt; überhaupt werden Auffälligkeiten in der Haltung zuweilen etwas dauernder, wenn sie sich anschliessen an die sogenannten paralytischen Anfälle.

Diese paralytischen Anfälle sind sehr häufig, dabei nach Stärke und Dauer aber sehr verschieden; auch muss man noch unterscheiden zwischen schlagartigen und epileptiformen. Schon unter den Vorboten der Paralyse zeigen sie sich, die schlagartigen zuweilen schon Jahre lang vorher; man wird nicht fehlgehen, wenn man von der Umgebung berichtete Ohnmachten der Kranken so auffasst. Später werden sie deutlicher als Schlaganfälle: die Kranken sinken um, stürzen hin, die sich anschliessende Bewusstlosigkeit dauert länger. Selten führen sie unmittelbar den Tod herbei, häufig genug aber durch ihre Folgezustände. Wenn sie sich von echten Schlaganfällen nach Blutaustritten im Gehirn auch dadurch unterscheiden, dass schwerere Lähmungen dauernd fehlen, die anfänglich deutlichen, sich sogar wesentlich bessern, so bleibt doch regelmässig eine halbseitige Erschwerung der Beweglichkeit bestimmter Muskelgruppen zurück, unter denen sich auch sehr häufig die Sprachmuskulatur befindet. Dieser rasche Verlauf und das Fehlen von Blutaustritten in den Leichen, lassen nur die Annahme zu, dass plötzliche, auf bestimmte Bezirke des Gehirns beschränkte Schwankungen der Blutgefässwandungen diese Vorgänge vermitteln, vielleicht mit daran sich anschliessendem Oedem der Stellen.

Die epileptiformen paralytischen Anfälle müssen, wie die sogenannte Rindenepilepsie überhaupt, als Folgen unmittelbarer Reizzustände in der Hirnrinde angesehen werden, und dienen dadurch als wichtige Unterstützung der Auffassung, die für die meisten motorischen Störungen in der Dementia paralytica den diffusen Erkrankungsvor-

gang in der Hirnrinde verantwortlich macht. Grössere Unbesinnlichkeit und Schwerfälligkeit in den Bewegungen pflegen diesen Anfällen vorauszugehen, zuweilen grössere psychische Reizbarkeit und Schwindelgefühle. Plötzlich sinkt der Kranke aber zu Boden und nun treten Krämpfe auf, die entweder sofort allgemeine oder doch halbseitige sind, oder im einzelnen Fall mit einer gewissen Gesetzmässigkeit der Reihe nach Kopf, Glieder und Rumpf ergreifen. Leise Zuckungen im Gesicht, Verdrehungen der Augen leiten ein, werden stärker, gehen auf den Hals, Hand, Arm und Bein über, schliesslich auch auf Brust und Bauchmuskeln. Die Halbseitigkeit macht oft auch bald einer allgemeinen Ausbreitung der Krämpfe Platz, so dass der Anfall durchaus einem echten epileptischen gleicht; es wechseln klonische und tonische Krämpfe, und der Ablauf pflegt oft in umgekehrter Reihenfolge stattzufinden, so dass die Krämpfe zuerst in den Beinen nachlassen; indessen kommt auch das Verhalten vor, dass die zuerst befallene Seite auch zuerst zur Ruhe gelangt.

Die Ausbreitung ist übrigens doch eine sehr verschiedene; so kommen Beschränkungen auf einseitige Facialiskrämpfe, oder ihre Verbindung mit fortwährendem Umherwälzen der Zunge vor. Der Anfall endet oft nur theilweise und bleiben dann noch stundenlang Zuckungen einzelner Muskeln im Gesicht oder den Armen zurück, oder tetanische Zustände. Nach dem gänzlichen Aufhören sind die Kranken längere Zeit sehr verwirrt und benommen. Fast regelmässig bemerkt man eine erhebliche Zunahme der geistigen Schwäche, oft tritt der Blödsinn dann wie mit einem Schlage zu Tage. Sprachstörungen und halbseitige Lähmungen kommen dazu, verlieren sich aber doch meistens bedeutend wieder. Solche Anfälle wiederholen sich nun in unregelmässigen Zwischenräumen von Tagen, Wochen und Monaten; ganz pflegen sie überhaupt nur sehr selten zu fehlen. Zuweilen treten sie in ganzen Reihen auf, und kommt der Kranke dazwischen garnicht wieder zur Besinnung, wälzt sich im Bette umher. In wenigen Tagen sind so Hunderte von geschiedenen Anfällen aufgezeichnet worden, woran sich dann meistens der Tod schloss. Auch nach wenigen Anfällen innerhalb weniger Stunden wurde dieser Ausgang beobachtet. Andere Male sah man tobsuchtähnliche Aufregung sich daran schliessen oder als psychisches Aequivalent an ihre Stellen treten. Nicht regelmässig, aber doch meistens steigt die Temperatur während der Anfälle, zuweilen über 41° C.

Wenn Störungen in der Thätigkeit von Blase und Mastdarm vorkommen ohne deutliche Erkrankung des Rückenmarks, so beruhen sie wohl immer auf ungenügender Aufmerksamkeit für das

eintretende Bedürfniss, und sind ein Beweis für den Grad des Blödsinns; daher ist diese Erscheinung im Beginn der Krankheit seltener. Völlige Lähmung der Schliessmuskeln und der austreibenden Muskeln kommt nur neben ausgesprochener allgemeiner Lähmung vor, die sich an begleitende Rückenmarkserkrankungen anschliesst. Indessen fehlt doch noch ein Anhalt für die Beziehung dieser Paresen zu einem bestimmten Orte im Gehirn.

Noch zahlreiche verschiedene psychomotorische Störungen sind Reizerscheinungen, die im Laufe der Paralyse vorkommen können. So z. B. leichte Andeutungen kataleptischer Zustände; ferner eigenthümliche Lagerungen der Glieder. Auch sieht man allerlei im Augenblick zwecklose Bewegungen, die zwangsartig auftreten, aber in den Formen geordneter Bewegungen ausgeführt werden; Klatschen in die Hände, Greifen, Zupfen und Reiben; bei manchen mögen aber auch örtliche Reize in der Haut die Veranlassung geben. Gleichzeitige choreatische oder athetotische Bewegungen deuten aber auf zufällige Verwickelungen mit andern, selten genauer festzustellenden anatomischen Veränderungen hin.

Schliesslich muss die Schilderung der die Dementia paralytica begleitenden motorischen Störungen noch vervollständigt werden durch den Hinweis auf ihre häufige Verbindung mit strangförmigen Erkrankungen des Rückenmarks. Es handelt sich hier vorzugsweise um Tabes und spastische Spinalparalyse. Natürlich ist es schwer mit Sicherheit zu entscheiden, ob z. B. die Tabes den Beginn und die Ursache der paralytischen Seelenstörung bedeutet oder sie nur zufällig begleitet; denn viele Fälle von Tabes enden mit Dementia. Die nicht geringe Häufigkeit der Verbindung beider Krankheitsbilder nöthigt aber ihren innern Zusammenhang anzunehmen. Diese Fälle pflegt man als aufsteigende Paralyse zu bezeichnen, da die tabetischen Erscheinungen den Anfang zu bilden pflegen. Von der einfachen Paralyse unterseheidet sie sich namentlich durch die deutlichen Sensibilitätsstörungen, den schleudernden Gang, das Rombergsche Symptom und die Atrophie des Sehnerven. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Ausbreitung der Erkrankung auf die Rinde des Hinterhauptshirns mit diesen Erscheinungen in einer gewissen Verbindung steht. Doch ist die Betheiligung des Rückenmarks zweifellos nachweisbar und klinisch auch wieder sehr deutlich in der Blasen- und Mastdarmlähmung. Eine Erkrankung der Seitenstränge schliesst sich absteigend bei langsam verlaufenden Paralysen fast regelmässig an, während die sogenannte galoppirende es nicht dazu kommen lässt. Die spastischen Erscheinungen sind bei Betheiligung des Rückenmarks,

wie schon früher erwähnt wurde, viel beständiger und auch ausgeprägter.

Haut- und Sehnenreflexe sind vielfach noch sehr verschieden angegeben, da man früher die Fälle echter cerebraler Paralyse nicht streng von den mit Tabes und ähnlichen Krankheiten verbundenen sonderte. Auch die Vermischung mit ängstlichen Affecten, und Furcht vor der Ausführung schmerzhafter oder doch unbequemer Bewegungen spielt hier eine Rolle. Im Allgemeinen aber lässt sich doch sagen, dass die zuweilen anfänglich erhöhte Reflexerregbarkeit ziemlich regelmässig gegen Schluss der Krankheit abnimmt; ist der Blödsinn völlig und sind die Reflexe gesteigert, so kann man sich den Vorgang so denken wie bei Thieren, wo nach Durchschneidung des Halsmarks der reflexhemmende Einfluss des Gehirns ausgeschlossen ist. Die Herabsetzung der oberflächlichen und tiefen Reflexe steht aber doch fast immer in Verbindung mit der Ausbreitung der Erkrankung im Rückenmark, namentlich der Tabes; daher kann hier von ihrer nähern Erörterung abgesehen werden.

Seltene, daher wohl zufällige Störungen sind vereinzelte periphere Lähmungen im Laufe der Paralyse, die sich an eine Neuritis anschlossen und überhaupt etwas abweichend sich entwickelnde Beispiele der Krankheit betrafen. Es ist hier zu bemerken, dass die Beobachtung einer, sich an periphere Lähmungen anschliessenden Paralyse auch die Vermuthung hervorgerufen hat, die Paralyse entwickle sich aus jenen; dieses dann periphere Form der Paralyse genannte Krankheitsbild ist aber nicht gesichert.

Neuralgieen kommen nicht nur unter den Vorboten der Krankheit häufig vor, sondern auch während derselben. Es fehlen jegliche sicheren Anhaltspunkte für einen Zusammenhang der neuralgischen Schmerzen mit der Erkrankung der Hirnrinde; da sie aber zweifellos ohne Rückenmarkserkrankung oder solche peripherer Nerven vor kommen, so bleibt nur die Vermuthung übrig, dass sie abhängig sind von meningitischen Vorgängen, vielleicht aber auch von Kreislaufstörungen im Hirn selbst.

Dasselbe gilt von Anaesthesieen nur in gewissem Grade. Die klinische Beobachtung von Herderkrankungen hat sicher vom Gehirn unmittelbar bedingte Gefühllosigkeit und Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit nachgewiesen, aber sie ist meistens nur halbseitig, wenn die Herde in einer innern Kapsel sind, während völlige Anaesthesie des ganzen Körpers, wenigstens beider Seiten des Rumpfes und der Glieder sich nur an Rückenmarkserkrankungen schliesst. Es gibt aber sicher auch Anaesthesieen nach Rindenherden; da die Ausbreitung

sensibler Fasern in der Rinde eine ausstrahlende ist, im Vergleich zu ihrem bündelförmigen Zusammenlauf in der innern Kapsel, sind bei Rindenherden, entsprechend ihrer verhältnissmässig kleineren Ausdehnung, die Anaesthesieen beschränkt auf kleinere Theile des Körpers. Weil nun die diffuse anatomische Erkrankung der Dementia paralytica sich zuweilen auch weiter nach Hinten von den motorischen auf sensible Rindentheile ausbreitet, so treten gelegentlich auch beschränkte cortical bedingte Anaesthesieen auf. Dies ist der Fall beim Ergriffensein des Scheitelhirnes; namentlich scheint dann auch das Muskelgefühl betroffen zu sein. Da sich aber alle Anaesthesieen in der Paralyse gewöhnlich erst in späterer Zeit ihres Verlaufs einstellen, so ist dann auch der Blödsinn schon zu weit vorgeschritten, um genauere Erhebungen über den Sitz anzustellen. Immerhin aber sind Gefühlsstörungen sehr wichtig, da sie die Ursache zahlreicher schwerer Verletzungen und Verstümmelungen werden können, die schwer zu behandeln sind. Verbrennungen mit Cigarren, am Ofen, Durchbohrung der Backe mit den Fingern, Bisse in die Zunge gehören dahin; aus der Gefühlsstörung erwachsende Wahnvorstellungen verschlimmern die Gefahr. Schon die einfache Gefühllosigkeit eines Gliedes kann einen Kranken veranlassen, etwas Fremdes, gar nicht zu ihm Gehöriges darin zu sehen, und dies rücksichtslos zu verletzen.

Ebenfalls auf der Ausbreitung der Krankheit über das Hinterhirn beruhen gelegentliche Ausfallserscheinungen in einzelnen Sinnen; namentlich im Gesichtssinn sind sie genauer bekannt. Wieder muss hervorgehoben werden, dass es Erscheinungen sind, die abgegrenzt werden müssen von mehr zufälligen, durch Verbindung z. B. mit einem Schwund des Sehnerven bei Tabes. Auszuschliessen sind ferner alle Herabsetzungen der Sehschärfe durch Erkrankungen des Auges, besonders Netzhautentzündungen. Es handelt sich um Sehstörungen, die bei gesundem Auge schon durch ihr häufig einseitiges Auftreten auf das Gehirn und besonders seine Rinde hinweisen. Der Farbensinn kann allein oder gleichzeitig mit der Tiefenanschauung leiden; ferner die Unterscheidung von Hell und Dunkel. Die aus Herderkrankungen festgestellten verschiedenen Arten von Einengung des Gesichtsfeldes und seiner theilweisen Beschränkung können vorübergehend in der Paralyse vorkommen; es hat aber natürlich die genaue Feststellung des Ortes praktisch keinen grösseren Werth, als dass man allgemein vermuthen darf, die Erkrankung sei auf das Hinterhirn ausgedehnt. Im allgemeinen Theil sind die bezüglichen anatomischen Erörterungen, namentlich auch die Beziehung zur Erkrankung der Hirnschichten gegeben (Seite 19). Erinnert sei auch

noch an den Zusammenhang von Sprachstörung und Gesichtssinn, an die sogenannte optische Aphasie.

Endlich ist es sehr wahrscheinlich, dass die bei Paralytikern hier und da beobachteten subjectiven Lichterscheinungen und Gesichtstäuschungen Folge von Reizzuständen derselben Hirntheile sind, in denen die eben berührten Sehstörungen entstehen, die als Ausfallserscheinungen angesehen wurden. Schon erwähnt wurde, dass Sinnestäuschungen aller Art in der Paralyse vorkommen können, und gelten die früheren allgemeinen Bemerkungen darüber auch hier; indessen sind sie im Ganzen doch seltener als in anderen Psychosen, vielfach durch den Blödsinn verdeckt und desshalb wohl auch weniger einflussreich auf die Reden und Handlungen der Kranken. Ihr Inhalt entspricht in der Regel der dem Krankheitsbilde zu Grunde liegenden Stimmung.

Von grosser Wichtigkeit für die Auffassung der paralytischen Seelenstörung ist die Würdigung der bei ihr auftretenden vasomotorischen Störungen, in engem Zusammenhang mit Veränderungen des Pulses und mit trophischen Störungen in verschiedenen Organen. Besonders das Schwankende vieler der geschilderten geistigen und körperlichen Zeichen der Paralyse scheint zu beweisen, dass das Gefässsystem am Frühesten in Mitleidenschaft gezogen ist; aber auch im spätern Verlauf bei zweifellosen anatomischen Veränderungen im Gehirn zeigt es sich deutlich und in vieler Weise gestört. Schon am Pulse ist das Kennzeichen abgeschwächte Kraft; die Welle ist kraftlos im Anstieg und Gipfel, die Gefässwand wird nur allmählich ausgedehnt. Eine fortschreitende Lähmung des gesammten Gefäßsystems führt zu vorübergehenden völligen Lähmungen in einzelnen Theilen; dahin gehören Schwindelgefühle, Schlaganfälle, halbseitiges Schwitzen, Blutandrang zum Gesicht und Kopfe, örtliche Röthung der Haut, die alle schnell kommen und verschwinden. Gefässkrampf wechselt damit rasch, ebenfalls Blässe der Haut und Kältegefühl. Dauernde Gefässlähmung tritt gegen Ende der Krankheit fast regelmässig zu Tage in Oedemen und Cyanose, und diese blaurothe Färbung der Haut gibt sich dann besonders an Händen und Füssen kund. Punktförmige Blutaustritte in die Haut werden beobachtet, aber auch Blutungen aus innern Organen, besonders dem Darm, ohne sonstige tiefere Erkrankung. Man sucht in Betheiligung des sympathischen Nervensystems die Ursache dieser Erscheinungen, und berechtigen Thierversuche zu dem Schluss, dass wenigstens ein Theil davon unmittelbar auf der Erkrankung der Hirnrinde beruht. Ausserdem mögen Verletzungen sie zuweilen hervorrufen. Die innige Verbindung psychischer Vorgänge mit solchen

des Gefäßsystems ist aber im Auge zu behalten, die sich ja überhaupt in allen Psychosen zeigt. Wenn man indessen z. B. im Zusammenlaufen des Speichels beim Anblick gewisser Speisen schon unter physiologischen Umständen diesen Zusammenhang erkennt, so muss man unter pathologischen Verhältnissen auch andere äussere Veranlassungen beachten; in der Paralyse darf man aus reichlich abfliessendem Speichel allein noch nicht auf seine Vermehrung schliessen, da hier lediglich der Mangel des Hinunterschluckens in Folge gelähmter Mundmuskeln eine Vermehrung vortäuschen kann, besonders da der Kranke aus demselben Grunde oft mit offenem Munde athmet und die eintrocknende Mundschleimhaut als Reiz auf die Speichelabsonderung wirkt.

In naher Beziehung zu den Gefässveränderungen stehen die trophischen Störungen. Hier ist aber eine besondere Vorsicht erforderlich, um solche Erscheinungen auszuscheiden, die Folge von äusseren Verletzungen sind. Es sind dies besonders die Ohrblutgeschwulst, Knochenbrüche und der Druckbrand. In der allgemeinen Zeichenlehre ist hierüber schon eingehend berichtet und die Abhängigkeit der jene Erscheinungen vermittelnden Gefässlähmung von nervösen Einflüssen hervorgehoben worden. Jedenfalls ist es zu weit gegangen, wenn man allein in äusseren mechanischen Einwirkungen durch Stoss, Schlag oder Druck die Ursache sucht, denn ohne die vasomotorisch-trophische Grundlage im Körper des Kranken würden die oft nur geringfügigen Schädlichkeiten nicht so stark wirken. Aber gerade die Erkenntniss, dass schon sehr geringe Verletzungen genügen, so heftige Erscheinungen hervorzurufen, stellt an die Behandlung die strengsten Forderungen nach Schonung und Vorsicht. Häufiges Umlegen gelähmter unreinlicher Paralytiker kann manchen Druckbrand fern halten, weiche Lagerung des Kopfes kann schützen gegen Druck des Ohres auf einer harten Bettkante, natürlich ist rohes Wartpersonal sofort zu entfernen; vgl. Ohrtafel S. 160.

Die Athmung ist gewöhnlich ungestört; dass die häufigen Lungenentzündungen durch Gefässlähmung bedingt sein können, ist eine Vermuthung, die aber vielfach durch eine andere Erklärung unnöthig wird. Denn Schluckbeschwerden führen oft durch Verschlucken dazu; hier ist die Thätigkeit des Vagus ungenügend, und können dadurch auch das Leben gefährdende Erstickungsanfälle hervorgerufen werden.

Im Allgemeinen verläuft die Paralyse ohne Fieber; durch entzündliche körperliche Erkrankungen wird auch nicht einmal regelmäßig die Temperatur gesteigert. Andererseits genügen schon Ueber-

füllung von Blase und Darm zu kurzen starken Erhöhungen der Eigenwärme. Bei den paralytischen Anfällen ist die Temperatursteigerung sehr häufig und muss auf eine Störung der wärmeregelnden Theile des Gehirns zurückgeführt werden. Bei vorgeschrittener Krankheit ist die Temperatur oft unter 37° gesunken.

Bemerkenswerth ist, dass die namentlich in der erregten Stimmung Anfangs gesteigerte Geschlechtslust, auch bei grösserer Dementia zuweilen lange bleibt, und dass sich die Geschlechtskraft oft lange erhält; paralytische Kranke haben mehrfach Kinder gezeugt.

Wir müssen nun wieder zurückkehren zum Verlaufe der Dementia paralytica, dessen Schilderung unterbrochen wurde durch die sorgfältige Würdigung der begleitenden körperlichen Zeichen, die dieser Krankheit ihr besonderes Gepräge geben. Wir hatten uns einen typischen Fall mit expansiven Grössenvorstellungen gewählt; es muss nun zunächst die seltenere Art des Verlaufes berührt werden, in dem ein gedrückter Inhalt der Vorstellungen überwiegt. Dies ist die **depressive Form** der Paralyse. Unter denselben Vorboten wie bei der geschilderten expansiven Form, entwickelt sich auch dieses Krankheitsbild, so dass erst an dem andauernden einseitigen Hervortreten der melancholischen Affecte und Vorstellungen die besondere Erscheinungsform des Verlaufes kenntlich wird. Angst und Wahnvorstellungen, die sich vielfach, ja vielleicht regelmässig mit Zuständen und Gefühlen im eigenen Körper verbinden, haben auch hier etwas Ungeheuerliches und Maßloses. Kreischendes Schreien mit allen Zeichen innerer Unruhe, plötzlicher Selbstmord sind gar nicht selten, selbst bei verhältnissmässig schon entwickeltem Blödsinn. Ist der Affekt erloschen und sind die geistigen Fähigkeiten überhaupt noch so weit erhalten, um Vorstellungen in einem gewissen Zusammenhang vorzubringen, so findet man in ihrem Inhalt einfache melancholische Selbstanschuldigungen vermischt mit Beeinträchtigungsgefühlen des eigenen Körpers. Unter einem äusserlich starren Verhalten kann sich ein solcher Bewusstseinsinhalt lange Zeit verbergen, ehe er sich in Klagen äussert. Zuweilen werden diese aber sehr bald und gern vorgebracht, und können dann durch ihren eigenthümlichen ungeheuerlichen Inhalt die Unterscheidung von einfacher Melancholie ermöglichen, auch ohne die dieser Paralyse angehörenden motorischen und sonstigen Störungen; freilich kommen wohl ebenso oft auch Ideen zum Vorschein, die auch jeder einfachen Melancholie angehören könnten. Im anderen Falle quält ein Kranker sich mit dem Gedanken, dass er Hunderttausende oder Millionen von Schulden gemacht habe, dass er selbst ein Zwerg ge-

worden, oder in ein gläsernes Pferd verwandelt sei, vielleicht auch nur sein Kopf oder sein Gehirn zusammenschrumpfe und austrockne. Auch die Umgebung scheint ihm zu schrumpfen, Personen und Gegenstände, bis Ausdrücke einkehren, die allem Lebenden das Dasein abstreiten, und die Vorstellung, dass Alles Nichts sei. Andere Male tritt die verneinende Stimmung mehr in den Handlungen als den Reden hervor. Die Kranken widersetzen sich Allem, was man mit ihnen vornehmen will, spucken das Essen wieder aus, das man ihnen in den Mund bringt, zerreissen ihre Kleider.

Dass in die gehobene Stimmung sich vorübergehend die gedrückte eindrängt, sahen wir früher; geschieht dieser Wechsel mit einer gewissen Regelmässigkeit, so bezeichnet man das Krankheitsbild als circuläre Form der Paralyse; rein ausgeprägt ist sie aber sehr selten, überhaupt nur vorübergehend und in kurzen Cyklen zu beobachten.

Fehlen Wahnvorstellungen und wesentliche Abweichungen der Stimmung, so beherrscht die Dementia den gesammten Verlauf neben allen übrigen Zeichen der Paralyse. Gedächtnißschwäche und Unfähigkeit zu geistigen Leistungen jeder Art entwickeln sich schleichend, bis der Blödsinn dieselben Grade erreicht wie in den andern Formen, begleitet von allen körperlichen Störungen der Paralyse überhaupt. Daher ähneln sich am Schluss der Krankheit alle verschiedenen Verlaufsarten ganz vollständig. Verhältnissmässig häufig findet man diese letzte sogenannte **demente Form** bei Frauen. Seitdem auch andere Aerzte als eigentliche Irrenärzte aufmerksam werden auf die geistigen Störungen, häufen sich aber die Angaben über diese Verlaufsart der Paralyse; wegen ihrer körperlichen Beschwerden kommen sie zum Arzte oder in die Krankenhäuser, ihre Aufnahme in Irrenanstalten aber wird seltener nöthig, da die geistigen Zeichen der Krankheit milder sind und seltener zu Zusammenstössen mit der öffentlichen Ruhe und Sicherheit führen. Viele von diesen Kranken werden lange Zeit mit Neurasthenikern verwechselt oder auch als Paralyse ohne Geistesstörung beschrieben, wobei aber wahrscheinlich leichtere Grade von Dementia übersehen wurden. Auch ist zu bemerken, dass manche von diesen Fällen verhältnissmässig früh, einzelne sogar schon vor dem 30. Jahr auftreten.

Ueber den **Verlauf** der paralytischen Seelenstörung **im Allgemeinen** und über ihren Ausgang ist nun noch Folgendes zu bemerken. Der Verlauf unterliegt manchen Schwankungen, ja es können sämmtliche Zeichen der Krankheit so völlig zurücktreten, dass man versucht wird, an eine echte Heilung zu glauben.

Leider aber geht dieser Nachlass nach kürzerer oder längerer Zeit, einzelne Male nach ein oder zwei Jahren und sogar noch später, wieder in schwerere Krankheitserscheinungen über und bestätigt dann immer wieder die hervorragend progressive Entwicklung der Paralyse. In der Regel ist die Zunahme des Blödsinns aber doch eine stetige, ebenso wie die motorischen Schwächezeichen dann stetig wachsen. Die **Gesammtdauer** des Verlaufes ist zwar auch eine sehr verschiedene, durchschnittlich aber auf etwa drei Jahre anzugeben. Bei älteren Leuten und Frauen ist sie länger; wenn geistig nur Blödsinn, keine Wahnvorstellungen und Affecte vorherrschen, erstreckt sich der Verlauf auch durchschnittlich über längere Zeiträume; es wird sogar behauptet über 20 Jahre. Einzelne Ausnahmsfälle wickeln sich in Monaten oder gar nur Wochen völlig ab unter heftigen Erscheinungen; diese galoppirenden Fälle scheinen vielfach verkannt zu sein, und mögen zum Theil dem Krankheitsbilde des sogenannten Delirium acutum zu Grunde liegen, dem wir auch schon bei der Schilderung der Manie begegneten.

Erinnern wir uns nun noch einmal des stetigen Fortschreitens des Krankheitsvorganges, so wird man sich aus den gegebenen Schilderungen der einzelnen Zeichen der Paralyse ohne Schwierigkeit die verschiedenen Bilder entwickeln können, die durch Verbindung der an Zahl, Stärke und gleichzeitig verschiedener Ausbreitung wechselnden Erscheinungen zusammengesetzt sein können. Es bleibt uns dann nur noch die Betrachtung des allen Verlaufsarten gemeinsamen Schlusses übrig, wenn nicht durch schwere paralytische Anfälle oder Organerkrankungen schon früher der Verlauf unterbrochen wird, und dann schon der Tod eintritt. Sonst verblöden also die Kranken immer mehr, die geistige Thätigkeit erlischt und es bleibt ein vegetirender Körper. Aber auch dieser wird immer unbrauchbarer, das Gehen wird unmöglich, die Hände sind unfähig zu selbstständigen Bewegungen. So liegt der hülflose Kranke beständig im Bett, lässt Urin und Koth unter sich gehen, langsamer Druckbrand beschleunigt oft das Ende, oder auch irgend ein anderer Zwischenfall, wie eine Lungenentzündung, Erstickung an schlecht geschluckten Speisen, eine Nierenentzündung oder Aehnliches. Entgeht der Kranke aber diesen Zufällen, so magert er ab, und erlischt nach dem geistigen auch endlich langsam das andere Leben.

Viele Paralytiker haben im Beginn des ruhigen Blödsinns nach Erlöschen der Affecte vorübergehend eine grosse Körperfülle gewonnen, die um so länger bleibt, je langsamer der Verlauf ist. Zwischendurch erlebt man auch gegen Ende der Krankheit noch

kurze Aufregung, einzelne Reizerscheinungen, wie Zähneknirschen drängen sich vor; dies letztere Zeichen ist zuweilen sogar andauernd bis zum Ende.

Der **Ausgang** der paralytischen Seelenstörung ist also der Tod, da vollgültige Genesungen und die sehr langsam ablaufenden Formen so ausserordentlich selten sind, dass sie kaum in Betracht kommen für die Stellung der **Prognose**, die als ungünstig für das Leben im höchsten Grade bezeichnet werden muss. Wenn nicht Selbstmord, Erstickung, Verletzungen, paralytische Anfälle, Druckbrand, innere Erkrankungen, unter denen auch noch Lungenschwindsucht anzuführen ist, den tödtlichen Ausgang bedingen, gehen die Paralytiker also an allgemeiner Erschöpfung zu Grunde. Die Hoffnung ist aber nicht auszuschliessen, dass bei rechtzeitiger Schonung im Anfang Besserungen oder Verlangsamung des Verlaufs in einem Grade erreicht werden, dass die Kranken noch längere Zeit leistungsfähig bleiben; je mehr psychiatrische Kenntnisse unter den Aerzten sich verbreiten, und namentlich auch je besser die Vorboten der paralytischen Seelenstörung erkannt werden, um so häufiger wird man der Genesung nahe kommende Fälle auftreten sehen. Einzelne Erfahrungen deuten darauf, dass der Nachlass der Krankheit nur andauernd ist, wenn er bei der expansiven Form auftritt, und wenn Sprachstörungen sehr gering waren, oder fast fehlten, während die depressive und demente Form solche bedeutende Besserungen wohl fast niemals zeigen; für die Prognose liegt in diesem Verhalten ein werthvoller Wink.

Um alle Momente zu sammeln, die zur Erkenntniss der Paralyse beitragen können, ist es nöthig, **einige** der **Ursachen** dieser Krankheit zu berühren. Begünstigend auf ihre Entstehung wirken die schweren Schädigungen in dem aufreibenden Leben der Neuzeit, namentlich wenn damit Noth, Sorgen und körperliche Ausschreitungen verbunden sind; daher kommt sie vorzugsweise bei Männern in der Blüthe des Lebens vor. Die Altersgrenze ihres Vorkommens liegt zwar zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr, aber weitaus am Häufigsten findet man sie zwischen dem 35. und 45., so dass früher und später nur mit Vorsicht und nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten die Diagnose gestellt werden darf; dies Bedenken muss um so grösser sein, je weiter das Alter sich von jener mittleren Grenze entfernt; doch wird hier und da auch von Dementia paralytica bei Kindern, bis zum 12. Lebensjahre herab berichtet. Bei Frauen wird durch den Einfluss des Klimacteriums die Altersgrenze etwas mehr

auf die späteren Jahre verschoben. Das weibliche Geschlecht ist also weit seltener befallen, und zählt man auf etwa sechs männliche Erkrankungen eine weibliche. Beachtenswerth für den Einfluss geistiger und körperlicher Ueberanstrengungen ist der Umstand, dass Frauen höherer Stände sehr selten an Paralyse erkranken, während Wittwen ärmerer Classen, Prostituirte sehr gefährdet sind. Aus gleichen Gründen ist die Landbevölkerung ungleich sicherer vor Paralyse. Auffallend häufig erkranken Offiziere in dieser Form geistiger Störung, ferner Kaufleute, Feuerarbeiter, Eisenbahn- und Telegraphenbeamte; verhältnissmässig oft auch Juristen und Aerzte. Ueber die Bedeutung erblicher Anlage gehen die Ansichten weit auseinander; ihre Rolle scheint hier jedenfalls nicht so gross zu sein wie bei andern Psychosen, und wird die Krankheit bei weitem häufiger erworben durch Ueberanstrengung des Gehirns. Ueberhaupt ist es schwer, wie wir aus der allgemeinen Ursachenlehre wissen, eine einzelne Ursache bestimmt verantwortlich zu machen, so dass bei der Wahl verschiedener grosse Meinungsverschiedenheiten entstehen. Darum ist es kaum möglich z. B. die Bedeutung der Syphilis hier festzustellen, obwohl viele Wahrscheinlichkeitsgründe für ihren bedenklichen Einfluss sprechen, z. B. die eben erwähnte Seltenheit der Paralyse bei Frauen der besseren Stände, ihre Häufigkeit bei Prostituirten. Andererseits ist es auffallend, dass die allerdings häufig in Krankengeschichten angeführten syphilitischen Erkrankungen meistens nur leichtere und weit zurückliegende Fälle betreffen; bei schwereren noch bestehenden Zeichen von Lues nimmt das Krankheitsbild soviel Abweichendes an, dass es sich nicht mit der typischen Paralyse deckt, wie wir im folgenden Abschnitt genauer erfahren werden. Alcoholmissbrauch führt als alleinige Ursache ebenfalls zu besondern Erscheinungen, die ein abweichendes Bild geben; doch sind Trunk und geschlechtliche Ausschweifungen auch sehr häufige Veranlassungen einer typischen Paralyse, dürfen aber nicht mit Zeichen schon beginnender Erkrankung verwechselt werden. Ferner hat Dementia paralytica nach Kopfverletzungen einzelne Kennzeichen, die im allgemeinen Theil unter den Ursachen berührt sind. Ueberhaupt muss wegen der Schwierigkeit den unzweifelhaften Zusammenhang aller einzelnen Ursachen mit der Entstehung der Krankheit festzustellen, auf jene früheren Auseinandersetzungen verwiesen werden.

Die unmittelbarste Ursache des klinischen Bildes der paralytischen Seelenstörung, die Erkrankung des Gehirns erfordert ein näheres Eingehen, da eine Reihe bestimmter **anatomischer Veränderungen** bekannt ist, die den Versuch berechtigt erscheinen lassen unsere Psy-

chose dadurch scharf von anderen abzugrenzen. Dass jene Veränderungen für das blosse Auge erst in vorgeschritteneren Fällen sichtbar werden, ist naturgemäss; wir wollen daher zuerst die mikroskopischen betrachten und dann daraus die gröberen zu entwickeln versuchen. Die feineren Veränderungen erstrecken sich ziemlich gleichzeitig auf die Blutgefässe und das interstitielle Gewebe, ergreifen später die gesammte Hirnsubstanz. In den Gefäßscheiden findet man weisse und rothe Blutkörperchen, die Gefässe mit Blut überfüllt und oft geknickt. Durch Verdickung der Gefässwandungen wird das Gefässrohr enger, stellenweise ist die Kernwucheruug in den Gefäßscheiden eine so starke, dass es zu Knötchen kommt, zuweilen findet man auch kleine Gefäßsäcke von Hanfkorngrösse, die miliaren Aneurysmen. An andern Stellen sprossen aus den Gefäßscheiden Bindegewebsfortsätze. Man wird auch in der häufigen Blutüberfüllung des Gehirns während des Beginnes der Paralyse anatomisch wie klinisch die geringe Leistungsfähigkeit des vasomotorischen Systems erkennen. Die Erkrankung der Arterien ist in einzelnen Fällen auch in andern Organen als im Gehirn aufzufinden, aber doch nicht mit so grosser Gesetzmässigkeit, dass man daraus die Paralyse erklären könnte. Dass sie nicht eine auf das Gehirn beschränkte anatomische Krankheit ist, sondern mindestens über das ganze Centralnervensystem sich verbreiten kann, wissen wir schon; die Veränderungen des Gewebes der Hirnrinde sind nun so eigenartig, dass sie neben der Gefässerkrankung sofort hervortreten.

Ohne auf die Streitfrage über die bindegewebige oder nervöse Natur der Grundsubstanz einzugehen, erfahren wir, dass sie in weiter Ausdehnung der Hirnrinde vermehrte Kerne zeigt. Daneben sieht man zahlreiche lymphoide Wanderzellen und Bindegewebszellen, unter denen namentlich Spinnen- oder Pinselzellen in den verschiedenen Schichten und in der Markleiste auffallen. Besonders am letzteren Ort sind sie bei andern Psychosen kaum gefunden worden. Obwohl über den nähern Zusammenhang die abweichendsten Ansichten bestehen, wahrscheinlich erdrücken jene Zellen mit ihren zahlreichen Fortsätzen die umklammerten Gewebselemente, so ist die Thatsache sicher, dass ausgedehnte Verwachsungen der weichen Hirnhäute mit der Oberfläche des Gehirns nur da gefunden worden, wo jene Vermehrung der Bindegewebszellen und eine Verdichtung der Grundsubstanz überhaupt, eine sog. sclerosirende Atrophie vorkommt. Eine solche Verwachsung findet man häufig, aber nicht regelmässig; grade in langsam verlaufenden Fällen, bei denen starke Verdickung der weichen Häute eingetreten ist, kann sie fehlen.

Ueberhaupt ist es wahrscheinlich, dass die Verwachsung in dem fortschreitenden Krankheitsverlaufe nur eine vorübergehende Erscheinung ist, die sich an eine Anschwellung der Grundsubstanz schliesst und mit dieser verschwinden kann. Dies geschieht immer erst zu einer Zeit, in der eine Schrumpfung des gesammten Hirngewebes eingetreten ist, wobei dann auch die Spinnenzellen an Zahl und Grösse abnehmen. Vielleicht spielen für das Fehlen der Verwachsung auch mechanische Verhältnisse eine Rolle, insofern in dem starren Schädelgehäuse bei Druckschwankungen, die in der Paralyse vielfach die gesammte Hirnmasse treffen, die ungenügendste Ausgleichung die Rinde trifft; die auffallende Thatsache, dass in den Hirnfurchen die Verwachsung nie so stark ausgeprägt ist, wie auf den Windungskuppen könnte man mit jener Auffassung in Verbindung bringen. Andrerseits sind gewiss mechanische Erweichungsvorgänge nach dem Tode theilweise der Grund, dass die Abreissung der weichen Häute vorzugsweise in bestimmten Hirnschichten vor sich geht; aber eine vorausgegangene Erkrankung des Gewebes ist doch wieder die Ursache für das schnellere Erweichen bestimmter Schichten in der Leiche oder umgekehrt das festere Haften anderer. Während diese Erweichungsvorgänge zuweilen auch den bald zu erwähnenden Erkrankungen der Nervenzellen folgen, ist also der entzündliche Vorgang im Bindegewebe die wichtigste Ursache der Verwachsung, dessen Ort in der Markleiste auch erweichen kann. Zuweilen führt die interstitielle chronische Entzündung zur Sclerose des Gewebes; in diesen seltenen Fällen ist die Hirnsubstanz derbe und fest beim Schneiden; die sehr gebräuchliche laienhafte Bezeichnung der Dementia paralytica als einer Gehirnerweichung passt dann besonders schlecht; sie kann aber inselförmig deutlicher auftreten.

Da es hier nicht darauf ankommen kann, den mikroskopischen Veränderungen weiter nachzugehen, als sie ein Verständniss des anatomischen Befundes verschaffen, so ist über die krankhaften Vorgänge in den Nervenzellen nur kurz Folgendes zu erwähnen. Die pyramidenförmigen Ganglienzellen der mittleren Schichten sind häufig am Deutlichsten erkrankt; daher dann auch gerade hier die Rinde beim Ablösen der Häute zerreisst. Die Ganglienzellen überhaupt sind zuerst angeschwollen, enthalten grosse, die Zellen fast ganz ausfüllende Kerne, von grosser Deutlichkeit auch der Kernkörperchen. Mit der Zeit schrumpfen sie, verlieren an Schärfe der Umrisse, die Fortsätze der Zellen schwinden. Zahlreiche miskroskopische Einzelheiten, wie fettige und pigmentöse Entartung, Höhlenbildung, Verkalkung können hier

nur angedeutet werden. Schliesslich ist auch die Zahl deutlicher Zellenleiber eine sehr verringerte.

In Uebereinstimmung mit der diffusen Ausbreitung der Erkrankung findet man in der Dementia paralytica auch einen deutlichen Schwund von markhaltigen Nervenfasern und zwar ziemlich häufig nur in bestimmten Abschnitten der Grosshirnrinde und der Markleiste, so dass schon früher (Seite 21) dadurch ein wichtiger Beweis für die Ortsbestimmung der anatomischen Grundlage psychischer Vorgänge der Paralyse beigebracht wurde. Nur in ihr nahe verwandten Blödsinnsformen, wie dem Altersblödsinn und dem epileptischen sieht man diesen Markfaserschwund in annähernd gleicher Weise, so dass er im Zusammenhang mit dem andern Befund für die Paralyse bezeichnend bleibt. In der nahen Beziehung des Stirnhirns zu dem Vorgange der Apperception sahen wir früher schon den Grund für die Möglichkeit, in der Dementia paralytica die klinischen Erscheinungen mit der anatomischen Erkrankung in Zusammenhang zu bringen. Der Schwund der Markfasern führt aber hier noch weiter hinaus, über den grössten Theil der Hirnrinde in den Bahnen der Associationsbündel.

Die auch mit blossem Auge sichtbare Ausbreitung der berührten Veränderungen zeigt sich in folgender Weise. Eine deutliche Trübung und Verdickung der weichen Hirnhäute reicht von der Spitze des Stirnhirns über die Scheiteltheile mehr oder weniger gleichmässig bis an das Hinterhauptshirn; hier findet man zuweilen eine scharf abgesetzte Grenze, die aber weder nach allgemeinen Regeln der gewöhnlichen Gefässvertheilung noch nach Furchen bestimmt werden kann. Es liegt ja nahe an besondere Abweichungen der Gefässvertheilung im einzelnen Falle zu denken, weil hier auch ungefähr die Ausbreitungsbezirke der A. cerebralis media und posterior sich berühren; indessen nach Section des Gehirns ist dies nicht mehr genau festzustellen. Jener Befund ist aber sehr auffallend und verdient Beachtung, insofern während des Lebens bei diesen Fällen keine Störungen des Gesichtssinnes vorzukommen scheinen; wo solche auftreten, ist indessen die Ausbreitung der Erkrankung über die Hinterhauptslappen doch nicht immer so deutlich, dass die Deutung jenes Zusammenhangs als eines regelmässigen zweifellos wäre. Die Verdickung der weichen Hirnhäute muss uns aber doch als ein Beweis gelten, dass die darunter liegende Hirnrinde erkrankt ist, und zwar in der Dementia paralytica immer im Zusammenhang mit den encephalitischen Vorgängen, während eine einfache Leptomeningitis sonst auch selbstständig sein kann. Entsprechend der Ausbreitung der mikrosko-

pischen Veränderungen, namentlich auch des Schwundes der Markfasern, ist die Verdickung und gelegentliche Verwachsung der weichen Häute stärker an der Basis des Stirnhirns, an den Orbitalflächen bis zur Brücke, den Medianseiten der Hemisphären und den Inselgegenden, während die Schläfenlappen besonders gegen die Basis zu freier zu sein pflegen. Zuweilen wurde bei starken Sprachstörungen vorzugsweise eine Verwachsung der Pia mit den Sprachwindungen links gefunden. Die Verwachsung an der Basis des Stirnhirns fand sich mehrere Male bei Verbindung des klinischen Krankheitsbildes mit tabetischen Erscheinungen. Jedenfalls muss man alle diese Gegenden um so sorgfältiger beachten, als andere klinische Thatsachen ihre Wichtigkeit immer von Neuem nachweisen, so z. B. die Beziehung von Stimmbandbewegungen zu den Inselgegenden.

Endlich beweist die Ausbreitung des Schwundes der Hirnmasse die gegebene Anschauung des Krankheitsvorganges makroskopisch sehr genau. Diese Atrophie betrifft ganz vorwiegend die Stirnlappen, das obere Scheitelläppchen und bei entsprechenden klinischen Erscheinungen auch die benachbarten Theile der Schläfenlappen mit Insel, hier und da die Hinterhauptlappen. In diesen Bezirken sind die Windungen verschmälert, zuweilen scharfkantig, die Furchen klaffen; einzelne Stellen sind auch wohl besonders eingesunken. Ein Querschnitt der Windung zeigt dann die graue Rinde hier sehr schmal. Das Gesammtgewicht des Hirns, und besonders dieser Theile ist in hohem Grade verringert; durchschnittlich betrifft die Gewichtsabnahme 100—200 *gr.*; aber auch viel grössere Abnahme findet sich, so dass das Hirngewicht unter 1000 *gr* sinken kann, während das Gehirn des erwachsenen Mannes sonst durchschnittlich 1350, das der Frau 1250 *gr.* wiegt. Im Allgemeinen sind alle die genannten Erkrankungen ziemlich gleichmässig über beide Halbkugeln ausgebreitet, doch kommen auch nicht geringe Unterschiede vor, wie ja auch klinisch halbseitige Erscheinungen häufig genug überwiegen.

So vorzugsweise nun Alles auf die Hirnrinde hinweist, es sind doch noch einige andere Gegenden häufig von deutlichem Schwund ergriffen. Die Hirnhöhlen können hochgradig erweitert sein, so dass der Schwund der Hirnmasse zwischen ihnen und der Oberfläche des Gehirns ein gewaltiger wird; Schwund der Stammganglien ist dabei eine Ausnahme. Doch sind neuerdings Schrumpfungen der Sehhügel in ihren hinteren Theilen, insbesondere im Pulvinar in Beziehungen gebracht zu plötzlich entstandenen und meistens längere Zeit beobachteten Störungen des Tastsinns, der Sprache und des Gesichtssinnes; dieser Zusammenhang erscheint um so bedeutsamer

als sich in entsprechenden Theilen des *Hirnmantels* pathologische Veränderungen in kleinen Herden fanden; eine von diesen absteigende Degeneration wird dabei als vermittelndes Glied angesehen. Häufiger ist der Tractus opticus mit seinen Anhängen geschrumpft, seltener der Bulbus olfactorius und andere Hirnnerven. So wichtig solche Befunde für die Deutung des einzelnen Falles werden können, so sind sie doch nur als gelegentliche anzusehen. Vorläufig können auch einige andere anatomische Veränderungen klinisch noch nicht verwerthet werden, obwohl sie so häufig auftreten, dass man einen festen Zusammenhang mit der sich entwickelnden Paralyse annehmen darf. Dahin gehören *Granulationen des Ependyms* der Hirnhöhlen, ferner örtliche oder allgemeine *Verdickungen des Schädels*.

Einige Male hat man auch einen deutlichen *Faserschwund im centralen Höhlengrau* gefunden und dieser Thatsache neuerdings eine um so grössere Aufmerksamkeit zugewandt, als dieses Höhlengrau zahlreiche Verbindungsfasern zu den Sehhügeln enthält; einzelne Beobachtungen deuten nämlich darauf hin, dass sie der Weg für die Auslösung von Ausdrucksbewegungen sind, dass man also vielleicht in der Verbindung von Sehhügel und Höhlengrau einen Mittelpunkt für *mimische Innervation* suchen darf. Jedenfalls aber scheint es zweifellos, dass die verwickelteren Bewegungsstörungen in der Paralyse durch Faserschwund im centralen Höhlengrau beträchtlich gesteigert werden können. Doch ist das centrale Höhlengrau functionell überhaupt noch wenig bekannt; neuerdings ist es auch für den Sitz des Schlafes erklärt worden.

Von grösserem klinischen Interesse ist aber noch das *Haematom der harten Hirnhaut*, obwohl es weder sehr regelmässig und namentlich auch nicht ausschliesslich bei der Paralyse vorkommt, sondern auch bei andern Psychosen, bei Schädelverletzungen, sowie bei sonstigen Erkrankungen des Gehirns und auch hier und da bei allgemeinen körperlichen Leiden, wie Tuberculose. Es handelt sich um eine Membran auf der Innenseite der harten Hirnhaut, die in der Regel zunächst im Verbreitungsbezirk der Arteria meningea media auftritt und daher meistens auf der Scheitelhöhe des Gehirns gefunden wird, sich aber auch weiter, sogar in alle Schädelgruben ausbreiten kann. Oft erscheint sie nur als ein rosiger Anflug, häufiger als ein lockerer, schleimartiger, gelblicher Belag mit Blutpunkten durchsetzt; er lässt sich dann von der Unterlage abziehen. Ein Streit, ob diese neugebildete Membran ein entzündliches Erzeugniss der Dura sei oder sich erst allmählich aus einem flächenhaften Blutgerinnsel bildet, ist noch nicht sicher entschieden. Aber durch erneute Blut-

ungen auf ihr und zwischen ihre allmählich sich bildenden Schichten kann es allmählich zu massenhaften Blutaustritten kommen, und gerade diese eigentlichen Haematomsäcke können dann durch Druck auf das Gehirn besondere Erscheinungen auslösen; namentlich gehäufte epileptiforme besonders halbseitige Anfälle sind in dieser Weise zu erklären. Im Uebrigen aber ist auch diese pathologisch-anatomische Veränderung bei Lebzeiten kaum zu erkennen.

Im Bulbus des verlängerten Markes findet man zuweilen Veränderungen der Hirnnervenkerne, so z. B. colloide Degeneration der Hypoglossus- und Facialiskerne; klinisch wird man sie auf ausgesprochene Störungen der Articulation beziehen.

Ausser der zur Tabes gehörenden Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks findet man sehr oft, namentlich bei langsamerem Verlaufe der Paralyse, eine chronische strangförmige Myelitis der Hinterseitenstränge; diese ist eine absteigende. Seltener sind zerstreute myelitische oder sklerotische Herde. Bei galoppirender Paralyse findet man das Rückenmark ganz unverändert.

Da die paralytische Seelenstörung unter Männern etwa 15% der Psychosen ausmacht und fast sicher einen ungünstigen Ausgang nimmt, ist die rechtzeitige Feststellung der **Diagnose** von hoher Bedeutung, um so mehr als die Lebensstellung der Erkrankten, die meistens in voller Berufsthätigkeit ergriffen werden, wichtige Maßregeln für das Wohl der Angehörigen erfordert. Jedenfalls gehört es zu den wichtigsten Aufgaben eines praktischen Arztes bei einer geistigen Störung zu entscheiden, ob es sich um Paralyse handelt oder nicht; im Uebrigen darf der Praktiker sich vielfach darauf beschränken zu entscheiden, ob überhaupt Geisteskrankheit vorliegt oder nicht, da manche der einfachen Seelenstörungen für die Behandlung und die Ergreifung sonstiger Maßregeln nicht so streng die Feststellung der bestimmten Form der Erkrankung fordern. Ausserdem aber ist die Kenntniss der Dementia paralytica für Jeden, der einen Einblick in die Psychiatrie thun will, unumgänglich; diese Krankheit ist ein Angelpunkt der Psychiatrie als Wissenschaft, insoweit sie die organische Begründung solcher geistigen Erscheinungen zeigt, die sonst in anderer Gruppierung bei den verschiedensten anderen Geisteskrankheiten vorkommen können; auf der anderen Seite beweist sie aber dann auch durch den Augenschein, dass eine vollständige Erklärung aller geistigen Vorgänge allein durch die Kenntniss anatomischer Veränderungen nicht erreicht wird; dazu gehört noch der psychologische Standpunkt.

Die typische progressive Paralyse mit Grössenwahnvorstellungen macht der Diagnose meistens keine so grossen Schwierigkeiten, wenn die Höhe der Krankheit erreicht ist. Anders steht es zur Zeit der Vorboten; und wenn überhaupt eine Möglichkeit vorliegt, den weitern Verlauf günstig zu beeinflussen, so ist es nur zu dieser Zeit der Fall. Daher sind die einleitenden Erscheinungen auch besonders ausführlich geschildert worden. Man beachte besonders die Veränderung der Charakters, den Ausfall früherer höherer Interessen, ethischer Vorstellungen und ästhetischer Gefühle, die Gedächtniss- und Urtheilsschwäche; dann leichte Schwindelanfälle und die zahlreichen motorischen Störungen, unter denen obenan die starke Myosis und die Sprachstörungen stehen; auf die gewöhnliche Steigerung dieser beim lauten Lesen sei als diagnostisches Hilfsmittel noch wiederholt aufmerksam gemacht. Es ist dabei gut zum raschen Lesen anzutreiben wobei alle Abweichungen oft überraschend deutlich werden, während langsames Lesen noch recht gut geht.

In diesem Zeitpunkt bieten Neurastheniker, d. h. geistig minderwerthige oder nervenschwache Menschen viele dieser Zeichen, und sind daher zur Unterscheidung einige Anhaltspunkte sehr wichtig. Tiefere Veränderung des Charakters, ethische und intellectuelle Schwäche fehlen ihnen, die motorischen Störungen beobachtet der Neurastheniker selbst auf das Peinlichste, während der beginnende Paralytiker sie meistens überhaupt garnicht bemerkt. Zittern der Zunge und Mitbewegungen der Gesichtsmuskeln beim Sprechen sieht man bei Neurasthenie sehr selten; die leichte Erschöpfbarkeit dieser Kranken findet ferner einen Ausdruck darin, dass ihre Sprachstörungen sich zwar auch nach Anstrengungen steigern, aber nach der Nachtruhe am Schwächsten sind, wenn sie sich erholt haben, während der beständige Reizzustand des Gehirns bei Paralytikern auch nach dem Schlaf die Sprachstörung sofort deutlich beobachten lässt. Die geistige Schwäche drängt sich bei diesen neben der durch die erschwerte Lautbildung gestörten Sprache, in der ungenügenden Zusammenordnung der Sprachvorstellungen vor; daher das Zaudern beim Aussprechen viel stärker ist. Am Wichtigsten ist aber natürlich eine fortlaufende Beobachtung, die erst den fortschreitenden Blödsinn klarstellen kann.

Andern vollen Psychosen gegenüber kann die Unterscheidung der schon weiter vorgeschrittenen Paralyse dann und wann schwierig sein. So kann man sie eine Zeitlang mit Manie verwechseln, wenn Grössenwahnvorstellungen und Erregungszustände ausgebildet sind. Man wird dann die verhältnissmässig kürzere Entstehungszeit der

Manie berücksichtigen, während die Vorboten der Paralyse oft schon Jahrelang zurückliegen; man wird achten auf das Ungeheuerliche und Schrankenlose im Inhalt des Grössenwahns, seine leichte Bestimmbarkeit, alles Zeichen der grösseren geistigen Schwäche. Endlich aber sind die Sprachstörung und etwaige paralytische Anfälle von entscheidender Bedeutung. Es gibt aber Fälle, die unter den Erscheinungen einer vollen Manie mehrere Monate gebrauchen, ehe überhaupt irgendwelche motorische Störungen dazu kommen.

Ueberwiegt die gedrückte Stimmung im Krankheitsbilde der Paralyse, und herrschen Wahnvorstellungen vor, die einen negativen Inhalt haben, namentlich mit Gefühlen der Beeinträchtigung des eigenen Körpers verbunden sind, so können Verwechslungen mit Melancholie vorkommen. Wenn sich dann Zeichen geistiger Schwäche nachweisen lassen und namentlich das Lebensalter stimmt, muss man den Ausbruch einer Paralyse befürchten; auch hier werden die bis dahin etwa noch fehlenden Zeichen im weiteren Verlauf die Diagnose leichter begründen lassen.

Auch bei periodischen Psychosen findet man wohl niemals die Urtheilslosigkeit der Paralytiker, so dass etwaige periodische Verlaufsweisen der Paralyse dadurch von jenen sich bald unterscheiden.

Die ebenfalls fortschreitende Paranoia bietet zu gewissen Zeiten einige Aehnlichkeiten mit der Dementia paralytica, doch schwinden sie leicht bei näherer Untersuchung. Die Wahnvorstellungen werden in ein festes System gebracht, während der Paralytiker wohl immer wieder zurückkehrt zu ähnlichen Gedankenkreisen, sich aber schon durch die einfachsten Einwendungen ableiten lässt und niemals festhält an einer starren Gedankenreihe. Motorische Störungen gehören nicht zur Paranoia; besonders aber ist der Unterschied in der geistigen Leistungsfähigkeit und Urtheilskraft bei andern Dingen als dem Inhalt des Wahns in beiden Fällen ein grosser. Ein Verrückter erkennt z. B. wohl immer die geistige Störung bei Andern, der Paralytiker bemerkt sie fast niemals.

Altersblödsinn wird man mit paralytischer Seelenstörung nicht leicht verwechseln, wenn man das Lebensalter berücksichtigt, da jenseits des 60. Jahres Paralyse so gut wie nicht mehr vorkommt; auch fehlt der Dementia senilis ein so deutlicher Fortschritt und die Ausbildung mancher Zeichen; die wenigen dürftigen Wahnideen, die auch meistens auf Misstrauen begründet sind, und die leichteren motorischen Störungen halten sich eine Zeitlang auf gleicher Höhe, nur die Gedächtnißschwäche schreitet rascher fort.

Im folgenden Abschnitt werden wir die Krankheitsbilder erst näher kennen lernen, die auch Blödsinnsformen mit Lähmungen darstellen, aber durch die anatomische Grundlage und einzelne klinische Erscheinungen eine besondere Stellung einnehmen. Es kann daher hier nur kurz bemerkt werden, dass zum Theil die dahingehörige, auf diffusen Krankheitsvorgängen beruhende Lues cerebralis, wie die aus Herderkrankungen sich entwickelnden klinischen Bilder, namentlich durch eine grössere Beständigkeit der halbseitigen oder vereinzelten Lähmungen sich auszeichnen, die bei der Paralyse nur eine flüchtigere Natur zeigen. Entstehung, Verlauf, ferner das Alter der Kranken können unterstützende Unterscheidungsmittel sein. Verwechslungen kommen aber doch häufig vor, besonders wenn diffuse und umschriebene Erkrankung des Gehirns sich verbinden.

Zur Unterscheidung von der primären Dementia genügt schon der Hinweis, dass sie vorzugsweise eine Erkrankung des jugendlichen Alters ist. Der Blödsinn nach anderen Psychosen ist zu erkennen aus der Vorgeschichte; ausgeprägte Lähmungserscheinungen treten bei ihm, wenn überhaupt, erst sehr spät auf.

Schwierig ist ohne Kenntniss der Anamnese oft die Unterscheidung von einer epileptischen Seelenstörung, da Gedächtnissschwäche, Sprachstörungen, zuweilen sogar Grössenwahn auch hier vorkommen, und ein epileptiformer Anfall in beiden Krankheiten ganz ähnlich auftreten kann. Mit der Entfernung vom Anfall nehmen aber beim Epileptiker alle jene Erscheinungen meist rasch ab. Der religiöse Inhalt der Wahnvorstellungen, die gewaltsame Rücksichtslosigkeit der Handlungen des Epileptikers, der sich meistens in einem Dämmerzustande befindet, sind weitere Unterscheidungszeichen. Ausserhalb der Anfälle kann ein epileptisch Blödsinniger indessen einem Paralytiker sehr gleichen; diese Blödsinnsform entwickelt sich aber meistens schon in früherem Alter und bleibt sich später Jahre lang gleich.

Da die geistigen Störungen nach Vergiftungen später besonders besprochen werden, wird hier von den Unterscheidungsmerkmalen abgesehen. Nur auf die praktisch ausserordentlich wichtige Möglichkeit der Unterscheidung einer typischen Paralyse von gewissen Formen des Alcoholismus soll kurz hingewiesen werden. Nach Entfernung der schädigenden Ursache, die mit dem Eintritt in geschlossene Anstaltsbehandlung beginnt, weichen die Erscheinungen oft rasch. Weil die Aussicht auf Genesung bei dieser Form des Blödsinns mit leichten Lähmungserscheinungen viel besser als bei der echten Paralyse ist, wird die Erkenntniss der Ursache des Krank-

heitsbildes darum so werthvoll. Ueber andere Einzelheiten möge man die unten gegebene Schilderung des Alcoholismus vergleichen.

Wir wenden uns nun zu der **Behandlung** der paralytischen Seelenstörung. Da die ausgebildete Krankheit keine Aussicht auf Genesung mehr bietet, die Kranken dann auch meistens der häuslichen Pflege entzogen sind, ist wesentlich nur die Behandlung der sich entwickelnden Krankheit für den praktischen Arzt zu berücksichtigen. Erkennt er rechtzeitig die Paralyse, so kann er dem Kranken sehr viel nützen; wahrscheinlich werden die bis jetzt so seltenen Heilungen dieser verhängnissvollen Psychose mit der Zeit sich sehr vermehren, je weiter psychiatrische Kenntnisse sich unter den Aerzten verbreiten.

Unter den verwickelten zahlreichen Ursachen, die zur Entstehung der paralytischen Seelenstörung beitragen können, sie zuweilen wohl auch ausschliesslich bewirken, mussten wir die geistigen Ueberanstrengungen jeder Art voranstellen. Mag es nun eine übermässig gesteigerte geistige Thätigkeit gewesen sein, oder mögen Sorgen und Gemüthsbewegungen die vornehmsten Schädigungen sein, so ist das erste Erforderniss, immer möglichst vollständige Ruhe für den Ablauf der geistigen Vorgänge des Erkrankten zu erzielen. Die erste Bedingung dazu ist es, so gut wie immer den Kranken aus der gewohnten Umgebung zu entfernen. Damit wird er von Beruf, Geschäft und Familie getrennt, aber auch von den hundert kleinen Anlässen, die ihn täglich reizten. Die neue Umgebung darf aber auch keine neuen Reize enthalten; daher empfiehlt sich am Meisten ein längerer Aufenthalt bei einem Freunde auf dem Lande. Eigentliche sog. Erholungsreisen sind durchaus zu vermeiden, die durch den Aufenthalt in grossen Städten, klimatischen Curorten und Seebädern nur unzählige schädliche Einflüsse mit sich führen. Also körperliche und geistige Ruhe nach allen Richtungen sind zu verlangen. Wenn die krankhafte Erregung auf sexuellem Gebiet sich bei einem Ehemann äussert, wird die Entfernung von der Möglichkeit übertriebenen Geschlechtsgenusses schon von gutem Einfluss sein; sucht er ihn dann ausserehelich, so kann schon dieser Umstand die Versetzung in eine Anstalt nothwendig machen. Dazu kann im Beginn der Krankheit aber auch schon Selbstmordneigung führen, ferner Nahrungsverweigerung oder verschwenderisches Auftreten und öffentliches Aergerniss. Im Uebrigen wird man aber einen Paralytiker nicht zu früh in eine Anstalt bringen, namentlich wenn heftigere Affecte fehlen. Verläuft die Krankheit in einem Zuge, und sind die häuslichen Verhältnisse auf die Dauer ungeeignet, so wird mit fort-

schreitendem Leiden die Schwierigkeit der letzten Pflege freilich auch dann wohl häufig dazu zwingen; jedes Krankenhaus kann aber dann dieselben Dienste thun, und thatsächlich gelangen diese Kranken auch oft genug dahin. Wo die Krankheit aber, was ja häufig genug der Fall ist, bedeutende Nachlässe zeigt, die sogar eine Wiederaufnahme des Berufes ermöglichen, ist es sicher im Interesse des Kranken, ihn so lange wie möglich von dem Aufenthalt in einer Irrenanstalt fernzuhalten. Leider besteht das Vorurtheil gegen diese ja noch und hindert daraus Entlassene sehr oft an der Erhaltung von Aemtern und Thätigkeit. Wäre eine Genesung der Dementia paralytica wahrscheinlich, so würde man auch jenes Vorurtheil nicht scheuen dürfen, wie bei allen heilbaren Psychosen, da der Genesene am Besten solche Bedenken selbst zerstreuen kann. Wenn man aber unter den genannten begünstigenden Umständen einen Paralytiker ausserhalb einer Anstalt behandeln will, so muss man um so peinlicher für die Innehaltung der Vorschrift geistiger und körperlicher Ruhe sorgen. Es mag wiederholt werden, dass es bei einem Ortswechsel mit zur Behandlung gehört die neue Umgebung voll wirken zu lassen, also dazu ohne Begleitung von Frau und Kindern zu schreiten. Vor allen Dingen aber darf man nicht zu karg mit der Zeitbemessung sein; Wochen und Monate nützen wenig, ein halbes oder ganzes Jahr gibt erst bessere Aussichten auf dauernden Erfolg. Natürlich stösst man hierbei auf manchen Widerstand; es empfiehlt sich daher nicht sofort die ganze Frist zu verlangen, sondern sie erst während dieser Zeit auszudehnen.

Es ist vielleicht nicht überflüssig besonders vor der Anwendung übertriebener Kaltwassercuren und Douchen zu warnen, die gerade bei beginnender Paralyse meistens nur einen schädlichen Einfluss auszuüben pflegen. Ueberhaupt muss man sich hüten, die geringe Widerstandskraft des Kranken zu schwächen durch eingreifende Curen. Dahin gehört auch eine antisyphilitische Behandlung mit Quecksilbereinreibungen, die ohne sichere Gründe für die ursächliche Entstehung einer einzelnen Paralyse oft genug nur eingeleitet wird, um zu sehen, ob man vielleicht etwas nützen könne. Hier und da wird dann eine der gewöhnlichen Remissionen der paralytischen Seelenstörung als beginnende Genesung ausgegeben; in andern Fällen aber sieht man bald darnach einen rascheren Verfall der Kräfte und das Auftreten heftiger Aufregung. Die Sache liegt doch auch anders bei solchen Psychosen und körperlichen Krankheiten, bei denen die Infection zeitlich näher liegt, während sie bei Paralytikern häufig Jahrzehnte zurückliegt. Bei Lues cerebralis mit paralytischen Erscheinungen ist eine Schmiercur aussichtsvoller und daher weniger gewagt.

Ist die Paralyse aber schon so ausgebildet, dass man Schwund der Gehirnmasse annehmen muss, so kann vor einer energischen Schmiercur nur auf das Eindringlichste gewarnt werden; das Verlorene würde doch nicht mehr ersetzt werden können, und die Gefahr der frühzeitigen Erschöpfung, das Auftreten ausgebreiteten Druckbrandes sind Ereignisse, die dann den trostlosen Verlauf noch schlechter stellen. Quecksilbereinspritzungen unter die Haut scheinen besonders gefährlich zu sein durch die Leichtigkeit des Eintritts von Abscessen bei Paralytikern. Jedenfalls darf auch eine rechtzeitig eingeleitete Schmiercur nur kurze Zeit dauern; sieht man nicht rasch Besserungen, so breche man sofort ab.

Weniger bedenklich würde wohl der innerliche Gebrauch von Jodkalium sein, wobei man eine resorbirende Einwirkung auf entzündliche Bindegewebswucherungen zu erzielen wünscht; zweifellose Erfolge hat man aber auch hier nicht erreicht. Ueberhaupt gibt es kein specifisches Heilmittel für unsere Krankheit, so viel nach neuen Mitteln und Methoden gesucht worden ist. Unter den letzteren ist eine starke Ableitung auf den Kopf, im Anschluss an ältere Versuche und angebliche Erfolge mit Einreibungen von Brechweinsteinsalbe auf den rasirten Scheitel auch neuerdings wieder empfohlen worden; meistens wird aber der Erfolg jetzt nicht mehr zugegeben, und ist diese Behandlungsweise in der Privatpraxis gewiss nur zu vermeiden.

Indem auf den Abschnitt über Therapie im allgemeinen Theil verwiesen wird, sollen doch noch einige Einzelheiten auch hier zur Sprache kommen, die bei der Behandlung bestimmter Erscheinungen der paralytischen Seelenstörung beachtet zu werden verdienen, namentlich soweit sie dem praktischen Arzte für seine Kranken dienlich sein können.

Die Schlaflosigkeit erfordert frühzeitig ärztliches Handeln. Man kann individuell sehr verschiedene Mittel mit Erfolg anwenden; Chloralhydrat in Verbindung mit Morphium ist wohl am Allgemeinsten von Wirksamkeit. Es muss aber vor anhaltendem Gebrauch des Chlorals bei Paralytikern gewarnt werden, da die Schwäche des Blutgefäßsystems von ihm allmählich vermehrt wird, so dass dann nicht nur rasch vorübergehende Blutwallungen, sondern Stauungen im Kreislauf eintreten, die sich in örtlichen Hautleiden, am Bedenklichsten in rascher Ausbreitung von Druckbrand zeigen. In vielen Fällen ist das Sulfonal ein gutes Ersatzmittel für das nur kurze Zeit zu gebende Chloralhydrat und andere Schlafmittel. Weigert sich der Kranke Sulfonal zu nehmen, so hat man mit Hyoscineinspritzungen oft gute Erfolge.

Aengstliche Aufregung, die ja die höchsten Grade erreichen kann, bekämpft man am Sichersten durch *Morphiumeinspritzungen*. In geringern Graden der Angst beruhigt auch ein *verlängertes Bad* sichtlich. Tobende Unruhe verliert sich gewöhnlich rasch bei *Isolirung*, die daher meistens nur eine vorübergehende zu sein braucht. Auch die Ablenkung durch ein freundliches und geschicktes Entgegentreten macht oft einen Gefährlichen und Wüthenden in wenigen Augenblicken gefügig und gutmüthig.

In den paralytischen Anfällen von längerer Dauer erfordert die *Entleerung von Blase und Mastdarm* sorgfältige Beachtung und muss dann künstlich befördert werden. Nachher pflegt sich die Blase auch meistens wieder von selbst zu entleeren. Die zunehmende Unbesinnlichkeit kann zuweilen nöthigen zur künstlichen Ernährung, die durch die Nase am Besten auszuführen ist; sonst ist die Gefahr des Verschluckens dadurch zu verringern, dass der Kranke vorsichtig *gefüttert* wird, weil er gewöhnlich gierig schlingt. Flüssige Nahrung ist besser als feste, jedenfalls muss diese vorher zerkleinert werden.

Die sorgfältigste *Reinlichkeit und Hautpflege* durch häufige laue Bäder dient zur Fernhaltung von Decubitus. Muss der Kranke beständig das Bett hüten, so ist eine Unterlage von *Holzwolle* werthvoll, daneben aber ein *regelmässiger Wechsel der Lage*. Die grössten Schwierigkeiten treten der Pflege entgegen, wenn sich ein starrer Spannungszustand der Körpermuskulatur mit ängstlichem Affect entwickelt hat; dann erfordert die Reinigung und die Ernährung gewaltsames Angreifen. Auch die ausdauerndste Vorsicht scheitert hier oft, und das trostlose Ende des Paralytikers ist nicht mehr fernzuhalten.

D. Sonstige Blödsinnsformen mit Lähmung.

Hier sind einige in der Erscheinungsform der eigentlichen Dementia paralytica oft nahe verwandte Krankheitsbilder zu betrachten, die aber eine andere anatomische Grundlage haben. Es sind dabei noch wieder einige, freilich dicht an einander grenzende Gruppen zu unterscheiden, je nachdem die Erkrankung des Gehirns wieder nur eine diffuse ist oder sich zunächst nur an umschriebene Herde anschliesst. Der Vergleich beider Gruppen untereinander und besonders mit der paralytischen Seelenstörung ist dazu berufen den Sitz einzelner Erscheinungen in geistigen Störungen zu bestimmen, soweit dies überhaupt nach früheren Auseinandersetzungen möglich ist. Vielleicht wird es der Zukunft dann auch einmal wieder gelingen, das jetzt in unzählige Formen zerrissene Bild psychischer Störung unter einem neuen Gesichtspunkte einheitlich wieder zu entwerfen. Auch das geistige Leben des gesunden Menschen bietet bei verschiedenen Personen zwar hunderte Verschiedenheiten, aber in der einzelnen Person ist es doch ein einheitliches und zusammenhängendes. So ist auch das geistige Leben in einem erkrankten Gehirn und Körper doch noch ein einheitliches, und dies zu erklären ist die das ganze Gehirn unter Umständen verändernde Dementia paralytica nebst jenen andern mit Blödsinn verlaufenden Lähmungsformen geeignet.

Als Vertreter der ersten oben genannten Gruppe ist hier zuerst zu nennen die

Lues cerebralis.

Die Beziehung der Syphilis zur Paralyse ist schon berührt; wo sie ursächlich zu wirken schien, ist der Zeitraum zwischen ihrem Bestehen und dem Auftreten der Paralyse meistens ein so grosser, jahrelanger, dass man die postsyphilitische Beziehung mehr nur in der allgemeinen Schwächung des Organismus, als in einer specifischen Erkrankung erkennen kann. Etwas Anderes aber ist es, wenn sich bestimmte anatomische Veränderungen syphilitischer Natur sofort mit klinischen Erscheinungen verbinden, die nothwendig aus

jenen unmittelbar erklärt werden müssen. Wir betrachten hier also zunächst nur die mehr diffusen syphilitischen Erkrankungen.

Es ist hinlänglich durch Leicheneröffnungen erwiesen, dass Hirnblutungen in Folge luetischer Gefässerkrankung bereits im vierten Monat nach der Infection eintreten können, dass überhaupt fast ein Drittel der Fälle von luetischer Erkrankung des Centralnervensystems noch in das erste Jahr fällt. Es ist also vor allen Dingen festzuhalten, dass das Centralnervensystem verhältnissmässig frühzeitig ergriffen werden kann, da es sich hier ja natürlich nur um die sogenannten tertiären Formen handelt. Doch bleibt allerdings die grössere Zahl übrig, bei denen die Nervensyphilis erst Jahrelang nach der Infection zur Entwicklung kommt. Der eine Zeitlang verborgen gebliebene schädliche Stoff gelangt dann in den Kreislauf, und durch Erschütterungen des Gehirns, geistige Ueberanstrengungen wird hier örtlich eine vermehrte Blutzufuhr die bestimmte Localisation befördern und vermitteln. Die Erkrankung wird immer zuerst kenntlich an den kleinen Arterien; auf der Innenfläche ihrer Wandungen bilden sich Wucherungen eines anfänglich weichen Granulationsgewebes, das sich erst später zu festem Bindegewebe verwandelt. Dadurch wird das Gefässrohr verengt, zuweilen schliesslich zu einem festen undurchgängigen Strang verödet, und kann man dann mit blossem Auge die eigenthümliche drehrunde Form der Arterien erkennen, die besonders kennzeichnend für die syphilitische Grundlage der Erkrankung ist. Uebergänge zu gummösen geschwulstartigen Neubildungen finden sich oft, doch soll hier nur auf die nahe Verwandtschaft beider Vorgänge hingewiesen werden, während wir versuchen wollen, das Bild der klinischen Störung nach der diffusen Arterienerkrankung gesondert aufzufassen.

In Folge der geringeren oder grösseren Unwegsamkeit der blutzuführenden Gefässe kommt es zur theilweisen oder völligen Absperrung des Kreislaufes in den betroffenen Hirngebieten und damit zu Functionsstörungen mit oder ohne Erweichung der Hirnsubstanz. Hieraus erklärt sich die Flüchtigkeit von umschriebenen Lähmungen bei Verengung kleiner Arterienzweige, gegenüber der Hartnäckigkeit von bleibenden Ausfallserscheinungen, wie Hemiplegie und Aphasie, bei Verstopfung grösserer Aeste. Es ist wichtig diesen Unterschied zweier Verlaufsformen der Hirnsyphilis auch für die psychischen Erscheinungen im Auge zu behalten. Da nun ausserdem fast immer gleichzeitig eine starke Entzündung der harten Hirnhaut besteht, die eine Verklebung oder Verwachsung der Hirnhäute mit der Hirnoberfläche an der Convexität bewirkt, so

haben wir, ohne weiter einzugehen auf sonstige syphilitische Vorgänge, wie z. B. die häufigen Erkrankungen der Schädelknochen, damit anatomische Verhältnisse, die uns sowohl die Aehnlichkeiten wie die Unterschiede zwischen der typischen Dementia paralytica und ihrer syphilitischen Verlaufsform bis zu einem gewissen Grade erklären können. Theilweise sind es die Begleiterscheinungen, die bei oft gleichen geistigen Zeichen, die Annahme einer syphilitischen Erkrankung bestimmen. Für Hirnsyphilis überhaupt ist vor allen Dingen der ausserordentlich heftige Kopfschmerz bezeichnend, der sehr hartnäckig ist und sich besonders Nachts zu steigern pflegt; dadurch tritt auch die Schlaflosigkeit sehr in den Vordergrund. Sehr wichtig ist ferner umschriebene inselförmige Gefühllosigkeit, namentlich in der Gesichtshaut, die z. B. mehrfach im Gebiete des ersten Quintusastes gleichzeitig mit Lähmung des Oculomotorius beobachtet wurde. Auch andere Hirnnerven sind gelähmt, meistens aber ist die Flüchtigkeit und der Wechsel der Erscheinungen auffallend, so lange grössere Herde fehlen. Dazu kommt noch ein buntes Nebeneinander von Ausfallserscheinungen in anatomisch getrennten Gebieten, z. B. von linksseitiger Körperlähmung neben Aphasie, kreuzweiser motorischer Schwäche des rechten Schenkels und des linken Armes. So sind auch Ptosis auf dem einen Auge und Abducenslähmung auf dem andern, Oculomotoriuslähmung links, Facialislähmung rechts, Erscheinungen, die sich nicht auf einen einheitlichen Sitz zurückführen lassen. Diese Zustände entwickeln sich schleichend, niemals plötzlich, ebenso verschwinden sie meistens allmählich. Ein völliger Verlust des Bewusstseins pflegt nicht dabei vorzukommen, dagegen werden eigenthümliche rauschartige Zustände beobachtet, aus denen die Kranken durch Anrufen zwar nur unvollständig zu erwecken sind, aber zeitweise doch überraschend verständige Antworten geben, um dann schnell wieder in tiefen Schlaf zu verfallen.

Aber auch die geistigen Störungen sind im Allgemeinen gekennzeichnet durch die Halbheit und Unvollständigkeit der Erscheinungen bei Verödung kleiner Gefässe. Natürlich kommt es dabei immer auf den Ort im Gehirn an, an dem sich die Erkrankung vorzugsweise entwickelt hat. Die Verbreitung über das Stirnhirn bedingt Krankheitsbilder, die der paralytischen Seelenstörung nahe verwandt sind; meistens ist es die rein blödsinnige Form, ohne gesteigerte oder geminderte Affecte, der man hier begegnet, noch seltener sind ausgeprägte Wahnvorstellungen, wenn man auch deutlichen Grössenwahn gelegentlich findet. Auf-

fallend ist der Gegensatz dann aber auch hier, wenn bei einem scheinbar tief Blödsinnigen die Grössenvorstellungen ganz unerwartet geäussert werden, durch eine zufällige äussere Anregung veranlasst. Schon in der Zeit der Vorboten der eigentlichen vollen geistigen Störung ist die *Mannichfaltigkeit und Wandelbarkeit* der klinischen Bilder eine verwirrende, nur auffallend früh tritt die geistige Schwäche hervor; das Gedächtniss, überhaupt die geistige Leistungsfähigkeit sinken rasch, höhere Gefühle stumpfen ab und grosse *Reizbarkeit* und *Launenhaftigkeit* stellen sich dafür ein. Der Gesichtsausdruck ist ein stumpfer. Wenn nun auch im Allgemeinen der fortschreitende Blödsinn die Scene beherrscht, so können doch heftige *Aufregungszustände* sich an die bis dahin nur wenig gewürdigten Vorboten anschliessen und den Uebergang zu der deutlicheren Dementia vermitteln; ebenso werden heftige *Angstzustände* mit schreckhaftem Inhalt der Sinnestäuschungen zuweilen beobachtet. Die grösste Aehnlichkeit gewinnt das Krankheitsbild oft mit der paralytischen Seelenstörung, wenn sich *paralytische Anfälle* und *Sprachstörungen* einstellen; oft sind aber auch diese bei aller sonstigen Aehnlichkeit mit den gleichen Störungen in der Paralyse zu unterscheiden durch ihre Wandelbarkeit und Flüchtigkeit.

Auch die *Dauer* des Verlaufes ist eine sehr verschiedenartige und lässt sich in keiner Weise vorher bestimmen, da *plötzliche Besserungen und Verschlimmerungen*, ja auch ganz unerwartet der Tod in einem paralytischen Anfall vorkommen. Der fortschreitende Schwund des Gehirns kann nach einiger Zeit des Bestehens der Krankheit den wahrscheinlich durch Hirnschwellung entstandenen heftigen *Kopfschmerz* verschwinden lassen, doch begleitet er zuweilen den ganzen Krankheitsverlauf. Im Uebrigen wird die Kenntniss des Verlaufes der typischen paralytischen Seelenstörung das Verständniss mancher Erscheinungen geben.

Für die Beurtheilung der syphilitischen Grundlage ist von Bedeutung unter Umständen das *Alter* des Befallenen. Syphilitische Erkrankungen pflegen in *früheren* Lebensaltern zu beginnen als die typische Paralyse, so dass der Verdacht auf zu Grunde liegende Lues geringer wird, wenn ein zweifelhaftes Krankheitsbild in späteren Jahren einsetzt; der Zusammenhang mit früher erworbener Syphilis wird dadurch immer unwahrscheinlicher.

Nun könnte man glauben, die sicherste Begründung zu gewinnen durch den *Nachweis der einmal stattgehabten syphilitischen Ansteckung*, wenn nicht mannichfache Schwierigkeiten dem entgegen stünden. Man findet Menschen, die mit Bereitwilligkeit eine

solche eingestehen, jede Gonorrhoe und jeden Schanker gleichwerthig als Syphilis bezeichnen mögen, andererseits gibt es Personen, die um keinen Preis auch nur die Möglichkeit einer Ansteckung zugeben und ohne Bedenken wahren Thatbestand ableugnen. Zwischen diesen Schwierigkeiten ist schwer durchzufinden; Frauen wissen zuweilen überhaupt garnicht, dass sie syphilitisch waren. Man kann dann oft durch harmlose Fragen nach früheren Ausschlägen, die nicht juckten, nach langwierigen Halsleiden, Knochenschmerzen, Frühgeburten, vom Kranken selbst oder von den Angehörigen gewisse Anhaltspunkte gewinnen.

Erleichtert wird die Diagnose natürlich sehr durch Narben, Knochenauftreibungen, Bubonen u. s. w. In zweifelhaften Fällen darf man auch eine versuchsweise Behandlung mit Jodkalium oder eine Schmierkur unternehmen, deren günstige Erfolge dann zu kühnerer Fortsetzung dieser Behandlung führen werden. Denn so vorsichtig man mit diesen eingreifenden Methoden bei der einfachen paralytischen Seelenstörung sein soll, so sicher ist es, dass eine anhaltende antisyphilitische Behandlung berechtigt und nothwendig ist, sobald man Lues cerebralis festgestellt hat. Dies wird um so wichtiger, je näher der zeitliche Ausbruch der Hirnerscheinungen der Infection liegt; dann wird die Prognose eine entschieden günstige, nimmt aber mit der Entfernung von jenem Zeitpunkte rasch und in hohem Grade ab. Es kann daher als Regel gelten, dass man bei Verdacht auf Lues mit diesen Methoden nur dann kühn weiter vorgehen darf, wenn gleich nach den ersten Quecksilbereinreibungen deutliche Erfolge auftreten. So z. B. wenn das Allgemeinbefinden, der Appetit sich heben. Ist das nicht der Fall, so hüte man sich auch hier vor längeren, dann immer nur schwächenden Einwirkungen. Sowohl die antisyphilitische wie die sonstige Behandlung richtet sich nach allgemeinen Grundsätzen, die hier nicht näher erörtert werden können.

Diffuse Hirnsclerose, Gliose u. s. w.

Ausser der diffusen luetischen Erkrankung des Gehirns sind zusammenfassend noch einige andere diffuse Erkrankungen zu nennen, die klinisch vielfach unter manchen der Erscheinungen des fortschreitenden Blödsinns mit Lähmung verlaufen. Im Leben sind sie freilich schwer festzustellen, können aber hier und da doch nach einzelnen Zeichen vermuthet werden. Bei der diffusen Hirnsclerose entwickelt sich eine ausgedehnte Vermehrung des Bindegewebes in einer Halbkugel oder in beiden, zuweilen auch nur auf einzelne Theile

beschränkt, doch von der inselförmigen Sclerose dadurch unterschieden, dass die Uebergänge zu den nicht ergriffenen Theilen allmählich, nicht deutlich abgesetzt sind. Die Gehirnsubstanz ist eine sehr feste und für das schneidende Messer sehr schwer durchtrennbar. Ein Schwund der Hirnmasse pflegt sich anscheinend nur sehr langsam auszubilden; da bei jahrelangem Bestehen von Blödsinn gerade sehr grosse Gehirne, bei sogenannten Kephalonen, von der diffusen Sclerose ergriffen sind, wird der Gedanke nahe gelegt, dass es sich vielleicht um angeborene Vorgänge oder um Reste encephalitischer Erkrankungen aus frühester Jugend handelt. Auch finden sich Entzündungen der Hirnhäute häufig daneben.

Da die der Hirnsclerose zu Grunde liegende Encephalitis wie gesagt sehr häufig nur halbseitig auftritt, so sind auch entsprechend die motorischen und sensiblen Störungen vorzugsweise halbseitig; namentlich rhythmische Zuckungen in einzelnen Theilen der gelähmten Seite, auch Zittern werden als bezeichnend angesehen. Es ist wichtig dies zu wissen, da die begleitenden geistigen Störungen viel Aehnlichkeit mit einfachem fortschreitenden Blödsinn haben, so dass unterscheidende Merkmale sehr erwünscht sein können; dies wird um so mehr der Fall, wenn Sprachstörungen hinzutreten, was wohl stets der Fall ist. Das Alter der Befallenen, die meistens Männer sind, ist zwischen 30 und 50 Jahren; die Krankheit verläuft in einigen Jahren zum Tode. Schliesslich entwickelt sich dann meistens Hirnschwund in den ergriffenen Hirntheilen, die dabei zu einer lederartigen gelblichen Masse zusammenschrumpfen, namentlich einzelne Windungen fallen dann sehr durch ihre Verschmälerung auf.

Im Ganzen beschränkt sich eine andere diffuse Erkrankung, die mit dem Namen der Gliose der Hirnrinde bezeichnet wird, mehr auf die oberflächlichen Rindenschichten, in denen die Glia stark gewuchert ist; dieser Vorgang geht einher mit Höhlenbildung und Schwund der nervösen Elemente. Die Krankheit entwickelt sich meistens in früher Kindheit mit Krämpfen und geistiger Reizbarkeit, später nimmt sie auch die Form des paralytischen Blödsinns an, oft in Verbindung mit Opticusatrophie und Zeichen der Tabes.

Auch in anderer Weise, nach Erkrankungen der Hirnhäute z. B. kann die Hirnrinde erkranken, so dass zahlreiche Krankheitsbilder mit den verschiedenartigsten Begleiterscheinungen namentlich in motorischen Gebieten auftreten können, in denen ein fortschreitender Blödsinn sich bemerklich macht. Es ist nicht möglich einheitliche Gesichtspunkte für diese, je nach der vorzugsweisen Betheiligung dieser oder jener Rindentheile verschiedenartig sich gestaltenden Bilder aufzustellen.

Herderkrankungen des Gehirns.

Wenn heftige eitrige Entzündungen des Gehirns, die zur Abscessbildung führen, psychische Störungen bedingen, so treten diese meistens in den Hintergrund. Meistens bildet sich nach den ursächlichen Schädlichkeiten bald eine tiefe Benommenheit des Bewusstseins aus, die ein deutliches Hervortreten einzelner geistiger Störungserscheinungen verhindert. Dadurch verliert auch die diagnostische Verwerthung mancher Herderscheinungen ihre sonst so grosse Bedeutung; jedenfalls können chirurgische Eingriffe zur Entfernung des in Schmelzung übergehenden Hirngewebes im Beginn heftiger eitriger Entzündungen nicht so leicht gewagt werden, ehe mit Sicherheit aus länger bestehenden Ausfallserscheinungen ihr Ort nachgewiesen ist. Die Entstehung durch Verletzungen oder Ohrentzündungen kann natürlich schon sicherere Anhaltspunkte verschaffen. Sobald aber der Verlauf chronischer geworden ist, werden einzelne bestimmtere Zeichen psychischer Störung die Aufmerksamkeit auf sich lenken und unter Umständen bei ungenügender Kenntniss der Geschichte des Krankheitsfalls vorzugsweise nur zur psychiatrischen Untersuchung gelangen. Dasselbe gilt von der ganzen grossen Gruppe der verschiedenen Hirngeschwülste, ferner von den Folgezuständen einer Hirnblutung, sei sie nun durch eine Embolie oder Thrombose mit folgender Erweichung bedingt; im Allgemeinen gilt dann natürlich die Regel, dass die psychischen Erscheinungen abhängig sind von der Ausdehnung, in der die Hirnrinde ergriffen ist, doch sieht man zweifellos auch deutliche Abschwächung der Intelligenz beim Sitz der Herde in Hirntheilen unterhalb der Hirnrinde sowie im Hirnstamm; dieselbe ursächliche Gefässerkrankungsart darf man dann aber sehr wahrscheinlich sowohl für diese Herderkrankung wie für die gleichzeitige psychische Störung vermuthen, welche wir ja mmer an die Hirnrinde geknüpft denken.

Es ist natürlich hier nicht möglich, auf die zahlreichen Zeichen von Herderkrankungen des Gehirns einzugehen, auch haben sie für die Erkenntniss der begleitenden Psychose im Ganzen nur eine untergeordnete Bedeutung, da sie mehr zufälliger Natur sind. Nur die Unterscheidung raumbeschränkender Geschwülste von einfachen Erweichungsherden soll hier angedeutet werden. Im Allgemeinen haben Personen mit Hirngeschwülsten etwas Gedrücktes, sie sind meistens traurig und weinerlich, ziehen sich möglichst zurück und werden schliesslich theilnahmlos und stumpfsinnig. Daneben besteht Stimmungswechsel; Intelligenz und Gedächtniss zeigen

meistens eine Abschwächung. Im späteren Verlauf werden trübe weinerliche Affecte häufiger; volle Psychosen sind seltener, dann tragen sie aber wohl immer das Zeichen des fortschreitenden Blödsinns. Je nach dem Sitz der Geschwulst ist sonst das Bild im Einzelnen sehr verschieden, selbst der häufige Kopfschmerz ist davon sehr abhängig. Stauungspapillen und Neuritis optica sind aber fast ausnahmslos in allen Fällen vorhanden, wo eine grössere Raumbeschränkung stattgefunden hat, sehr häufig sind auch Gesichtsfeldbeschränkungen. Wichtig ist jedenfalls für das mehr oder weniger deutliche Hervortreten psychischer Störungen die Schnelligkeit des Wachsthums einer Geschwulst sowie der Umstand, ob sie mehr verdrängt als zerstört, da die rasche Steigerung des Hirndrucks am Schädlichsten zu wirken pflegt, namentlich zu starker Benommenheit führt. Dadurch sind diese Fälle manchmal besonders unterschieden von den psychischen Störungen bei Blutungen. Da letztere entsprechend dem Gefässverlauf besonders häufig Aphasie im Gefolge haben, so wird durch diese Ausfallserscheinung die Beurtheilung der Intelligenz des Kranken indessen oft sehr erschwert und erscheint er oft weit blödsinniger als er wirklich ist. Daran zu denken ist schon wichtig für den Umgang mit dem Kranken, den man tief verletzen kann durch unvorsichtige Aeusserungen über seinen Geisteszustand, die er klar versteht. Ferner wird man es wagen, ihn schon bald nach einem Schlaganfalle testamentarische Bestimmungen treffen zu lassen trotz mangelnder Sprache, da er zuweilen Vorgelesenes versteht; er ist meistens nicht so benommen wie ein Kranker, der eine Hirngeschwulst hat. Nur bei längerem Bestehen der Aphasie leidet regelmässig auch der gesammte Ablauf geistiger Vorgänge. Im Uebrigen ist auch hier die Stimmung eine sehr reizbare, weinerliche, aber auch leicht umstimmbare. Das Gedächtniss leidet allgemein und je nach dem Sitz der Herde auch wohl für einzelne besondere Fähigkeiten.

Unter den Herderkrankungen des Gehirns, die mit psychischen Störungen verlaufen, verdient noch eine besondere Erwähnung die multiple Sclerose. Auch hier können fortschreitender Blödsinn und Sprachstörung völlig unter dem Bilde der paralytischen Seelenstörung verlaufen; nur das Intentionszittern und der Nystagmus leiten dann schon früh auf die richtige Diagnose, die wichtig ist, weil der Verlauf der Krankheit durchschnittlich ein viel langsamerer zu sein pflegt. Auch treten die Zeichen der Erkrankung des Rückenmarks meistens früher und deutlicher hervor als bei der Paralyse. Nach dem 40. Jahre entwickelt sich Sclerose nicht.

Natürlich fallen auch die Erscheinungen bei syphilitischen Herderkrankungen unter diese Gruppe, wenn es sich um Verlegung grösserer Gefässe handelt.

Im Allgemeinen gelangen die Herderkrankungen ziemlich selten in psychiatrische Behandlung und gehören daher mehr in den Bereich der eigentlichen Gehirnkrankheiten, da die psychischen Störungen doch nur ausnahmsweise vorwalten. Es ist daran festzuhalten, dass psychische Erkrankungen diffuse Erkrankungen der Hirnrinde sind. Nur durch ihre allerdings vielfach noch unbekannte Beeinflussung können wir uns das Zustandekommen von geistigen Störungen bei Herderkrankungen erklären. In der Regel sind dabei die Reizerscheinungen vorübergehend, und enden die verschiedenen herdförmigen Erkrankungen mit Blödsinn. Man pflegt die berührten Blödsinnsformen mit Lähmung wegen der Verschiedenartigkeit ihres Verlaufs auch als modificirte Paralysen zu bezeichnen. Dass man den Irrthum vermeiden muss und auch kann, irgend eine beliebige Geisteskrankheit, in deren Verlauf durch zufällige Umstände irgend welche Lähmungen erworben werden, für typische und modificirte Paralyse anzusprechen, braucht wohl nur angedeutet zu werden.

Die Behandlung richtet sich nach den Erscheinungen und ergibt sich daher aus den allgemeinen Regeln der Behandlung psychischer Störungen, wenn nicht die Diagnose einer syphilitischen Grundlage eine specifische Behandlung erfordert.

E. Seelenstörung mit Epilepsie.

Nachdem wir zuerst die einfachen selbstständigen oder functionellen geistigen Störungen kennen gelernt hatten, betrachteten wir diejenigen die mit deutlichen, meist gröberen Veränderungen des Gehirns, vorzugsweise seiner Rinde einherliefen. Wir wenden uns jetzt solchen geistigen Störungen zu, die mit allgemeinen Erkrankungen des Nervensystems verbunden sind. Im Gegensatz zu den selbstständigen Psychosen hat man diese wohl auch als constitutionelle allgemeine Neurosen bezeichnet. Die allgemeinen Neurosen, von denen für uns besonders wichtig sind die Epilepsie, Hysterie und Neurasthenie, müssen nämlich wie alle Erkrankungen des Nervensystems unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden, je nachdem sie vollkräftige, rüstige, gesunde Nervensysteme ergriffen haben oder sich auf dem Boden der Belastung bei minderwerthigen Personen entwickeln. Im ersteren Falle können sie ohne wesentliche Betheiligung geistiger Vorgänge verlaufen, im letzteren ist regelmässig irgend eine wenn auch noch so leichte geistige Störung in ihrem Gefolge zu finden. Die ganze Constitution des Befallenen ist betheiligt, und daher müssen wir die begleitenden Seelenstörungen wesentlich unter diesem Gesichtspunkte auffassen.

Wenn man die geistigen Störungen beachtet, die bei Epilepsie vorkommen, so sind grosse Verschiedenheiten auffällig, theilweise in deutlichem Zusammenhang mit der Heftigkeit und Häufigkeit epileptischer Anfälle. Obwohl es zweifellos Menschen gibt, bei denen nur ganz einzelne deutliche epileptische Anfälle beachtet sind, und deren geistige Thätigkeit auch der peinlichsten Untersuchung ausserhalb der Anfälle keine Veränderungen bietet, so muss es doch im Allgemeinen als Regel gelten, dass jeder Epileptische mehr oder weniger in seinem geistigen Leben durch die Neurose berührt und geschädigt ist. Wenn daher auch die leichteren Zustände von Reizbarkeit und geistiger Schwäche wenig in die Augen springen, so ist es doch nothwendig zu wissen, dass sie als Anfänge schwererer geistiger Störungen in diese leicht übergehen können; dies ist ungefähr für ein Drittel aller

Fälle von Epilepsie die Regel. Meistens ist eine leichte Veränderung des Charakters schon früh merklich, später drängen sich niedere Triebe in den Vordergrund unter allgemeiner Abschwächung der Intelligenz. Ausserdem aber gibt es noch eine Reihe eigenthümlicher Zustände, die nach Art und Verlauf sehr bezeichnend für die epileptische Grundlage sind, wie wir alsbald erfahren werden.

Zunächst müssen wir uns aber doch in einigen Beziehungen über die Natur des einfachen epileptischen Anfalles verständigen. Am Wichtigsten ist die Störung oder der Verlust des Bewusstseins dabei, während Krämpfe nur theilweise vorhanden sein oder ganz fehlen können. Neben ausgeprägten epileptischen Anfällen, deren Erscheinungen hier als bekannt vorausgesetzt werden müssen, gibt es leichte schwindelähnliche Zustände, in denen nur eine kurze, einige Secunden bis eine halbe Minute dauernde Abwesenheit des Bewusstseins, verbunden mit Unterbrechung einer angefangenen Thätigkeit ohne Krampf beobachet werden kann. Ohne alle Vorboten mitten in irgend einer Beschäftigung, beim Arbeiten, beim Gehen, beim Essen hält der Kranke plötzlich inne, lässt sein Handwerkszeug, seinen Stock, seine Gabel fallen, starrt einige Augenblicke stier in die Luft, thut einen tiefen Seufzer, und der Anfall ist vorüber. Viele Kranke fahren dann nachher unbeirrt in der unterbrochenen Beschäftigung fort: sie vollenden das Wort, den Satz, in dem sie stecken geblieben waren; eine Clavierspielerin fuhr in dem Tacte fort, bei dem sie stehen geblieben war; ein Kartenspieler warf die Karte auf den Tisch, die er während des Anfalls in der Hand gehalten hatte. Klarheit darüber, dass dies echte epileptische Anfälle sind, gewinnt man am Leichtesten dann, wenn diese Zustände mit schwereren Anfällen wechseln, die von Krämpfen begleitet sind. Ausserdem findet man zahlreiche Uebergangsformen von diesen leichten Bewusstseinspausen zu tieferen Störungen, in denen das Bewusstsein längere Zeit abwesend ist; auch die Deutlichkeit einzelner Krampfzustände unterliegt zahlreichen Uebergängen. Neben Blinzeln, Gesichterschneiden, Bewegungen der Lippen, der Zunge, des Kopfes und der Finger in leichterer Art sieht man dann Anhalten der Athmung mit leichtem Zittern des ganzen Körpers oder bewusstloses Gradeauslaufen.

Hält man aber fest an der Thatsache, dass die Abwesenheit, die Pause des Bewusstseins ein grundlegendes Zeichen der Epilepsie ist, so gewinnt man erst das richtige Verständniss für die mit Epilepsie verbundenen Seelenstörungen. Es gibt nämlich eine Reihe von psychischen Störungen, die an die Stelle eines epileptischen Anfalles treten; wie wir später sehen werden,

ist aber immer die tiefe Trübung, oft das völlige Fehlen des Bewusstseins eines ihrer deutlichsten Kennzeichen. Dahin gehören zahlreiche sogenannte epileptische Dämmerzustände und eigentliche psychisch-epileptische Aequivalente; ferner die epileptoiden Zustände. Es ergibt sich in diesem Zusammenhange auch sofort der Grund für das meistens völlige Fehlen der Erinnerung an die Zeit der Ereignisse im psychisch-epileptischen Anfall. Aus der epileptischen Grundlage erklärt sich auch das oft fast plötzliche Auftreten der Seelenstörung, die ebenso wie der reine epileptische Anfall in der Regel sehr rasch einsetzt und zuweilen blitzartig erscheint. Damit soll nicht gesagt sein, dass die Seelenstörung mit Epilepsie ganz ohne Vorboten auftritt, denn oft findet man ähnlich wie bei der einfachen Epilepsie eine Aura; nur die eigentliche Psychose pflegt sich unvermittelter einzustellen. Eine gewisse Schwierigkeit liegt aber darin, dass zwischen den periodisch auftretenden Anfällen, wenn diese längere Zeit vorhanden waren, allmählich auch ausserhalb der eigentlichen psychisch-epileptischen Störung sich ein eigenthümlicher Geisteszustand zu entwickeln pflegt, der von jener unmittelbar vorausgehenden Aura unterschieden werden muss. Es ist daher unsere Aufgabe zunächst diejenigen geistigen Störungen, die sich vor, während oder nach einem epileptischen Anfall entwickeln, und die als einfache Begleiterscheinungen gelten müssen, abzugrenzen gegen solche, die man bei den Kranken gewöhnlich während der Intervalle feststellt. Erst dann dürfen wir übergehen zu den echten epileptischen Psychosen, die die Zeit eines Anfalles überdauern, mit dem sie vielfach auch garnicht unmittelbar mehr verbunden sind.

Ebenso wie verschiedene körperliche Störungen, wie eine Art von Unbehagen, Kopfschmerz, Erbrechen, Schmerzen als epileptische Aura dem epileptischen Anfall vorauslaufen können, ebenso können also einige Minuten oder Stunden vorher manche geistige und Charakteränderungen auftreten. Einige Epileptische werden einige Stunden **vor dem Anfall** traurig, übelnehmerisch, gereizt und streitsüchtig; andere zeigen eine auffallende Verlangsamung der Auffassungsgabe, Gedächtnißschwäche, stumpfe Gleichgültigkeit gegenüber höheren geistigen, namentlich ethischen Vorstellungen und Handlungen, und können diese dadurch der Umgebung sichere Zeichen für einen herannahenden Anfall werden. Andere zeigen auch einige Stunden vorher eine ungewohnte Fröhlichkeit, ein gesteigertes Wohlbehagen, gewaltiges Vertrauen auf ihre Kräfte, hier und da gesteigert zu einem Zustande grosser Beweglichkeit und Geschwätzigkeit.

Intellectuelle Störungen, die dem Anfall nur einige Minuten vorausgehen, gehören diesem selbst schon unmittelbarer an; dies wird um so deutlicher, wenn ganz die gleiche Idee, Erinnerung oder Sinnestäuschung sich dann regelmässig wieder dicht vor jedem Anfall einstellt. So sehen die Kranken Flammen, Feuerkreise, oft die Farben Roth und Purpur, sie hören Glocken schlagen oder eine deutliche Stimme, die immer dasselbe Wort auspricht; zuweilen endlich bemerken sie auch irgend einen Geruch oder Gestank. Diese Gedanken, Erinnerungen oder Sinnestäuschungen, die gewöhnlich bei verschiedenen Kranken abweichen und sie unterscheiden lassen, wiederholen sich in der Regel mit ausserordentlicher Gleichmässigkeit bei einem und demselben Kranken bei jedem neuen Anfall.

Aus dem oben Gesagten, dass der echte epileptische Anfall sich durch eine mehr oder minder grosse Trübung oder gänzliche Abwesenheit des Bewusstseins auszeichnet, geht schon hervor, dass besondere psychische Störungen in diesem Zeitabschnitt nur wenig bemerkbar sind; es verdient aber doch eine besondere Erwähnung, dass einige Kranke nach Ablauf des Krampfanfalls eine gewisse summarische Erinnerung bewahren von den Vorstellungen, die **während** desselben in ihrem benommenen Bewusstsein auftauchten; sie bezeichnen den Zustand dann als einen peinlichen schweren Traum, ein tiefes quälendes Leiden, es bleiben auch wohl heftige Gewissensbisse oder Gedanken an ein unbeschreibliches Unglück, ohne dass sie im Stande sind, diese Gefühle in der Wirklichkeit irgendwie zu begründen.

Wichtiger sind nun aber wieder die psychischen Störungen **nach** dem epileptischen Anfall. Die Kranken sind dann meistens eine Zeitlang, einige Minuten oder Stunden, in einer Art Erstarrung, mehr oder minder deutlichem Stumpfsinn. Sie zeigen Schwierigkeit, ihre Gedanken zu ordnen und sich Rechenschaft zu geben über die Dinge und Personen in ihrer Umgebung; sie begreifen nur langsam und schwer. Einige bleiben stundenlang in diesem Zustande von Starrheit, sind dabei sehr traurig und niedergeschlagen, andere werden von einer unbestimmten Angst umhergetrieben. Aber auch unmittelbar an den epileptischen Anfall können sich noch andere rasch vorübergehende geistige Störungen anschliessen; nach einigen Augenblicken der Erstarrung kann rasch eine grosse Heftigkeit auftreten und blinde Wuth, wahrscheinlich oft begleitet von schreckhaften Sinnestäuschungen, die sich in rücksichtsloser Gewaltthätigkeit und Neigung zum Zerstören ausprägt, ohne dass die geringste Erinnerung dafür zurückbleibt. Harmloser sind die Kranken, die dann eine Zeitlang geschwätzig werden und unruhig umhergehen,

doch gibt es Uebergänge in Dauer und Heftigkeit dieser Zustände, die dann von den flüchtigen vorübergehenden psychischen Störungen, welche sich unmittelbar an den epileptischen Anfall anschliessen, allmählich hinüberführen zu ausgeprägten langandauernden psychischen Störungen, bei denen der epileptische Krampfanfall für die Beobachtung schon nebensächlich erscheint, so dass die Seelenstörung zum Aequivalent für ihn wird.

Wir müssen aber vorher noch einen Blick werfen auf den gewöhnlichen Geisteszustand Epileptischer zwischen den einzelnen Krampfanfällen. Es gibt, wie erwähnt, ja sicher Epileptische, die vielleicht nur ganz einzelne obwohl zweifellose Krampfanfälle in ihrem Leben durchmachen, ohne dass man in ihrem geistigen Verhalten jemals sonst auch nur eine Spur von Abweichung oder Störung zu beobachten im Stande ist. Andrerseits kennt man aus der Geschichte eine ganze Reihe hervorragender Persönlichkeiten, die trotz garnicht seltener Krampfanfälle, die geistig bedeutendsten Leistungen auf den verschiedensten Wissens- und Lebensgebieten zeigten. Trotzdem aber darf man es als eine Thatsache aussprechen, dass bei längerem Bestehen auch nicht gerade zahlreicher epileptischer Anfälle der Geisteszustand der Kranken **in den Zwischenzeiten** bestimmte eigenthümliche Veränderungen mehr oder weniger deutlich erkennen lässt. Der herrschende Charakterzug des Epileptischen ist seine Reizbarkeit. Die Kranken sind gewöhnlich misstrauisch, streitsüchtig, zornmüthig, auch übelnehmerisch und bei kleinen Anlässen gewaltthätig, ja auch ohne irgend eine äussere Veranlassung. Sie zeichnen sich aus durch beschränkten Eigensinn, kleinliche Rechthaberei, sind beständig verstimmt. Sehr auffällig wird diese reizbare Stimmung durch den häufigen Wechsel mit ganz entgegengesetzter Gemüthslage, in der derselbe Kranke ein schüchternes, furchtsames und verschlossenes Wesen an den Tag legt, Anordnungen aufs Wort folgt, ja eine völlige Unterwürfigkeit zeigt, die durch Zärtlichkeit und Höflichkeit noch geschmückt wird. Zu Zeiten tritt dazu ein trauriges, mürrisches und muthloses Wesen oder eine ungesunde, ganz unbegründete Heiterkeit. Der Wechsel dieser Zeichen kann ein ausserordentlich mannichfaltiger sein und Schwankungen unterliegen, die man nur schwer auf äussere Veranlassungen zurückführen kann. Eine allmählich zunehmende geistige Schwäche, die oft in geistigem Verfall und völligem Blödsinn endet, werden wir bald näher kennen lernen; es ist aber schon so klar, dass ohne tiefere Störung der Intelligenz die Aeusserungen und Handlungen des Epileptischen die Grundlage der geschilderten reizbaren Stimmung nicht verkennen lassen. In Haltung und Umgangsformen zeigen sie sich

gegen ihre Umgebung sehr verschieden; ihren Beruf erfüllen sie bald fleissig und aufmerksam, und sind in dieser Hinsicht in den Anstalten für Epileptische meistens sehr nützliche Mitglieder, weil man auch versteht ihren Eigenthümlichkeiten aus dem Wege zu gehen oder die richtige Nachsicht ausübt. Auch hier aber kommen Zeiten vor, in denen sie völlig unfähig sind, ihre Pflichten zu erfüllen, dabei wohl auch noch ungefügig und unfreundlich werden. In unangenehmer Weise tritt sehr oft die Neigung zum Lügen auf; dazu kommen dann die an und für sich schon so hässlichen Eigenschaften, Neid und Eifersucht, die der Lügensucht neue Nahrung geben. Epileptiker sind oft wahre Intriguanten und unglaublich erfinderisch im Lügen, dabei aber roh und rücksichtslos, sobald man sie darauf hinweist. Diese Menschen können durch ihr hämisches, lügenhaftes Wesen unleidlich werden, durch die rücksichtslose Gewaltthätigkeit unheimlich; aber wie die epileptische Grundlage treten auch diese Erscheinungen immer nur periodisch auf, so dass man überrascht werden kann durch Züge von Gutmüthigkeit und Liebenswürdigkeit, die das frühere selbstsüchtige Gebahren dann eine Zeitlang gern wieder vergessen lassen. Harmloser ist die Neigung vieler Epileptischer sich selbst zu loben oder beständig das Lob ihrer vortrefflichen Familie auszuposaunen.

Zuweilen begegnet man auch in der anfallsfreien Zeit bei Epileptischen einem süsslich frömmelnden Wesen, vielem Lesen in Bibel und Gesangbuch; im ausgesprochenen epileptischen Irresein ist der Hang zur Bigotterie ein Zeichen, dessen Bedeutung uns noch etwas eingehender beschäftigen wird. Diese Erscheinung ist in allen Fällen um so abstossender, als sie sich fast immer mit einem Schwinden ethischer Gefühle im Handeln Anderen gegenüber verbindet.

Wenn wir uns nun dem **eigentlichen epileptischen Irresein,** der Seelenstörung mit Epilepsie zuwenden, so können wir einstweilen den Zusammenhang mit epileptischen Krämpfen ausser Acht lassen, da wir im Vorstehendeu Anhaltspunkte genug gewonnen haben, um die psychischen Krankheitsbilder zu verstehen, wie sie sich im Anschluss oder an Stelle epileptischer Krämpfe entwickeln. Die periodische anfallsweise Wiederkehr von sehr rasch auftretenden **heftig verlaufenden** Erscheinungen, wobei entweder nur summarische Erinnerung oder völliges Vergessen des in einem Dämmerzustande Vorgefallenen beobachtet wird, ist das Bezeichnende einer solchen Seelenstörung.

Ihre Zusammengehörigkeit mit den leichteren psychischen Veränderungen bei einen epileptischen Schwindelanfall zeigt sich am Deutlichsten in den vorübergehenden kurzen Dämmerzuständen, deren

Beschreibung uns in mancher Beziehung an jene schon geschilderten Bewusstseinspausen erinnert. Der Zustand dauert mehrere Stunden oder Tage, besteht hauptsächlich in einer grossen Verworrenheit, auch häufig in grosser Angst, und ist oft begleitet von triebartigen Handlungen. Die Vorboten sind auch hier mürrisches Wesen oder Muthlosigkeit, die gesteigert wird durch ein undeutliches Bewusstsein des Bevorstehenden, wenn der Kranke schon wiederholt diese Anfälle durchgemacht hat; das Gefühl, dem Unglück nicht entrinnen zu können, prägt dem Kranken den Stempel des tiefen Leidens auf. Ein abenteuerliches Umherschweifen beginnt, der Kranke ist die Beute einer unbestimmten ihn packenden Angst; zuweilen tauchen dabei Erklärungsversuche auf, und halten die Kranken sich wohl für Verfolgte, für Opfer eines schändlichen Planes. Triebartig greifen sie zur Abwehr und Rache; Selbstmord und Mord kommen dann vor und, namentlich bei jugendlichen Kranken auch Brandstiftungen. Die Heftigkeit und Plötzlichkeit solcher Handlungen ist ihr besonderes Merkmal; bemerkenswerth für die tiefe Störung des Bewusstseins und das Triebartige dabei ist die Beobachtung, dass die Kranken in diesem Zustande von einer Person auf die andere fallen und rücksichtslos jeden zur Hilfe Kommenden verletzen, sich unter Umständen nicht damit begnügen, den vermeintlichen Feind unschädlich gemacht zu haben, sondern ihn durch zahlreiche Wunden von Neuem verletzen, oder in blinder Wuth Gegenstände zertrümmern.

Nicht immer, aber doch sehr häufig begleiten Sinnestäuschungen diese Anfälle; sie haben einen schreckhaften verworrenen Inhalt und steigern dadurch den Affect zu gewaltiger Höhe; glänzende Gegenstände, Feuer und Flammen, blutige Erscheinungen, entsetzliche Todesgefahren, Gespensterspuck und verschwommene Schreckgestalten, seltener deutliche Personen, wie ein schwarzer Mann, der Teufel dringen auf sie ein. Zuweilen erscheinen sie massenhaft und umringen ihn von allen Seiten. Gehörstäuschungen sind dabei im Ganzen seltener, häufiger noch Gestank. Der Bewusstseinsinhalt ist so ein grauenvoller; der Gedanke an Folterqualen, Hinrichtung, Lebendigbegrabenwerden gehört dahin.

Zuweilen lässt nach Ausführung einer abwehrenden Gewaltthat die äussere Erregung nun rasch nach, meistens aber besteht der Dämmerzustand noch eine Zeitlang fort, wenn die Angst sich schon ganz verloren hat. Die Erinnerung an das Geschehene kann während des Anfalles noch ziemlich klar sein, schwindet aber später rasch und zwar entweder vollständig oder nur theilweise, so dass der

Kranke sich auf einzelne Erlebnisse bisweilen noch zu besinnen vermag, während ihm andere gänzlich entfallen sind. Diese Erfahrung fordert zu grosser Vorsicht in der gerichtlichen Beurtheilung derartiger Fälle auf, da der Verdacht absichtlicher Täuschung natürlich naheliegt, wenn ein Anfangs gemachtes Geständniss von dem Thäter später vollständig widerrufen wird. Meistens aber besteht für die ganze Dauer des Anfalls ein völliger Mangel der Erinnerung.

Abweichend von diesen mit starken Angstaffecten verbundenen Bewusstseinsstörungen verhalten sich die Dämmerzustände ohne solche Angst. Vorschlagend häufig ist hier der Bewusstseinsinhalt ein religiöser und dreht sich um göttliche Dinge und Erscheinungen. Der Kranke sieht den Himmel offen, steht mit ihm in unmittelbarem Verkehr, ist selbst Engel, Gott, Heiland. Oder er spielt die Rolle des zerknirschten, zuletzt begnadigten Sünders oft in starrer Verzückung. Die Nennung des Namen Gottes ist fast ein besonderes Kennzeichen; Befehle von Gott drängen zu plötzlichen Handlungen. Bemerkenswerth ist auch die Häufigkeit, mit der gleichzeitig sexuelle Angriffe und Ausschreitungen in diesem Zustande vorkommen. Meistens entwickeln sich diese Zustände sehr rasch, während die Bewusstseinstrübung sich nur allmählich wieder verliert. Sehr bezeichnend ist die Gleichartigkeit der einzelnen Anfälle bei periodischer Wiederkehr. Dies wiederholt sich in auffallender Weise bei einer andern Reihe epileptischer Dämmerzustände, in denen der Bewusstseinsinhalt sich um romanhafte, meist erdichtete, aber doch ernst gemeinte Begebenheiten dreht. In anderen Fällen werden aber auch wirklich während des Dämmerzustandes die abenteuerlichsten Erlebnisse durchgemacht; der Kranke unternimmt weite Reisen und taucht schliesslich nach einiger Zeit in einem fremden Lande wieder auf, ohne zu wissen, wie er dahin gekommen ist. Die nahe Verwandtschaft dieser Zustände mit dem Nachtwandeln ist deutlich, und gehört dieses zweifellos in manchen Fällen mit zu der Gruppe epileptischer Dämmerzustände. Indessen wird man sich hüten müssen, eine solche Annahme aufzustellen, wenn man nicht andere Beobachtungen bei demselben Kranken gemacht hat, die wie z. B. namentlich nächtliche epileptische Anfälle mit Bettnässen, Zungenbissen zur Begründung der Auffassung dienen können.

Die bis jetzt geschilderten Seelenstörungen mit Epilepsie waren entweder Begleiter epileptischer Krampfanfälle oder ihre Stellvertreter, hatten das gemeinsame Merkmal einer kürzeren Dauer von Stunden oder Tagen. Diesem acuten Verlauf gegenüber gibt es solche, die sich verschleppen und den Uebergang zu den **chronischen**

Formen geistiger Störung bilden. Obwohl der Krampfanfall hier immer im klinischen Bilde eine untergeordnetere Rolle spielt, auch ganz fehlen kann, so hat doch der ganze Verlauf auch hier die bestimmten, dem epileptischen Irresein zukommenden Zeichen, dass man die Anfälle entweder als **prae- und postepileptische** bezeichnet oder als **psychische Aequivalente** ansieht, sie gelegentlich auch larvirte Epilepsie nannte. Neben ihrer grösseren zeitlichen Ausdehnung von Wochen und Monaten ist zu beachten die geringere Trübung des Bewusstseins, die besser nur als Benommenheit bezeichnet wird. Da sich diese Zustände sonst nicht wesentlich von den früher geschilderten kürzeren Seelenstörungen auf epileptischer Grundlage unterscheiden, soll nur auf einige Punkte aufmerksam gemacht werden, die sie von andern einfachen Psychosen abgrenzen lassen. Obwohl das Bewusstsein nur benommen, nicht aufgehoben ist, so ist seine Störung doch tiefer als in gewöhnlichen Psychosen; der Eintritt ist rascher, fast plötzlich, die Lösung erfolgt meistens durch einen Dämmerzustand, der bei jenen Erkrankungen fehlt. Der Mangel der Erinnerung für den Anfall und Alles, was damit zusammenhängt, ist oft ein völliger; die sinnlose Rücksichtslosigkeit der Handlungen und die religiöse Färbung des Bewusstseinsinhaltes sind weitere Unterscheidungsmerkmale. Eintreffenden Falles wird die periodische Wiederkehr einzelner unter sich gleicher Anfälle von Bedeutung; wechseln sie ab mit deutlichen oder doch in einzelnen Gliedern oder im Gesicht erkennbaren epileptischen Krampfanfällen, so ist jeder Zweifel gehoben; sind diese nächtliche, was oft der Fall ist, so muss man sich an die Folgen solcher halten, wie heftige Kopfschmerzen und Ermattung, Bettnässen, Zungenwunden, Blutaustritte in die Bindehaut des Auges und im Gesicht, schliesslich an die eigenthümliche Charakterveränderung der Epileptischen in den freien Zwischenräumen. Auch eine erschwerte, lallende Sprache kann als Folgeerscheinung eine Zeitlang deutlich erkannt werden. Wiederholte Schwindelanfälle aus früherer Zeit, wie überhaupt eine sorgfältige Aufnahme der Vorgeschichte, unter Anderm die neuropathische oder erbliche Anlage mit Zeichen der geistigen Minderwerthigkeit müssen uns unterstützen. Es ist noch gut zu wissen, dass die psychisch-epileptischen Aequivalente gewöhnlich weiter auseinander gerückt sind als einfachere Krampfanfälle.

Endlich ist noch die Form der Seelenstörung mit Epilepsie ins Auge zu fassen, die sowohl nach gehäuften einfachen epileptischen Anfällen wie nach vielfach wiederholten einzelnen Anfällen sich mit geistigen Störungserscheinungen entwickelt. Man nennt sie gewöhnlich

die **epileptische Entartung.** Sie zeigt sich vorzugsweise in dem Niedergange der Intelligenz, der immer deutlicher neben der uns schon bekannten Veränderung des Charakters hervortritt. Von leichteren Graden der Schwäche des Gedächtnisses, der Auffassungsgabe und Verbindung der Vorstellungen, die Anfangs als Vergesslichlichkeit, erschwerte Urtheils- und Begriffsbildung auftreten, führt diese Abnahme der Intelligenz später zu Erinnerungslücken, zu einer Einschrumpfung des Vorstellungsinhaltes und zu weiter fortschreitendem geistigen Verfall, der sich wie bei allen zum Blödsinn fortschreitenden Psychosen so auch hier am Frühesten und Deutlichsten in dem Verlust der höheren geistigen Gefühle zeigt. Daher finden sich hier auch wieder die grausamen Gewaltthaten, bei denen jede sittliche Gegenvorstellung fehlt, so dass auch niemals mehr von späterer Reue die Rede ist, wenn die geistige Höhe noch genügt, um überhaupt eine solche Ueberlegung anzustellen. Denn immer weiter schreitet der intellectuelle Verfall fort. Sehr deutlich schliesst sich die Steigerung der geistigen Abstumpfung an die Anfälle, so dass es sowohl in der nächsten Zeit darauf, immer stärkerer Reize bedarf, um Wahrnehmungen hervorzurufen, als auch in den freieren Zwischenräumen zwischen den einzelnen Anfällen. Lange Zeit hält sich daneben noch die grosse Gemüthsreizbarkeit des Epileptikers, die bei den geringfügigsten Anlässen in zornige Wuth ausbricht; womöglich ist dieser epileptische Charakter zeitweise noch gesteigert, das mürrische, hämische Wesen wird zu einem unheimlichen, lauernden und dann wieder thierisch losbrechenden. Trotzdem aber kommt es verhältnissmässig selten zu den höchsten Graden jenes stumpfen Blödsinns, in dem die Kranken hülflos und unreinlich sind; dies ist wohl eher der Fall in dem sogenannten Status epilepticus, den wir gleich kennen lernen werden, sonst aber muss es als eine Eigenthümlichkeit auch verblödeter Epileptischer angesehen werden, dass sie lange, zuweilen immer den Sinn für Aeusserlichkeiten, wie Sauberhalten der Kleidung bewahren. Je früher in der Kindheit die begründende Epilepsie anfing, je grösser ist auch im weitern Verlauf die Zunahme des Blödsinns; es stellen sich dann auch körperlicher Verfall und Lähmungen ein, unter ihnen halbseitige, ferner Sprachstörungen verschiedener Art, und grobe gedunsene Gesichtszüge.

Als **Status epilepticus** bezeichnet man einen Zustand, der entsteht, wenn die Kranken in Folge von Schlag auf Schlag einander folgenden Anfällen aus der tiefen Bewusstseinsstörung gar nicht herauskommen, so dass sie wie im Coma dahinliegen. In diesem Zustande kann der Tod eintreten; dann zeigt sich gewöhnlich eine sehr hohe

Steigerung der Körpertemperatur bis 41 und 42° C. Diese ist nicht auf die vermehrte Muskelarbeit bei den Krämpfen zurückzuführen, welche mehrere Tage gänzlich aufgehört haben können, wobei aber die erhöhte Temperatur fortbesteht; die Erschöpfung wird hochgradig und rasch dadurch gesteigert, dass die Kranken sich nicht selbst nähren und wegen der Gefahr des Verschluckens auch nicht genährt werden können. Die Anzahl der in einer Reihe auftretenden Anfälle kann sich auf Hunderte und mehr belaufen und sich über Wochen bis zu einem Monat mit kurzen Unterbrechungen ausdehnen. Die Erscheinungen in der Leiche machen es wahrscheinlich, dass Gehirnoedem diesen Status epilepticus begleitet.

Dies führt uns nun auf die Frage nach den **Ursachen** und der **anatomischen Grundlage** der Epilepsie, und der mit ihr in Verbindung auftretenden Seelenstörungen. Es ist nicht festgestellt, wo die gewöhnliche Epilepsie in dem Nervensystem sich entwickelt, und dürfen wir hier den verschiedenen darüber aufgestellten Ansichten nicht näher folgen. Für die Erklärung der geistigen Störungen bei der Epilepsie ist jedenfalls die Annahme am Einfachsten, dass die Hirnrinde auch den epileptischen Krampfanfällen zur Grundlage diene; denn da wir aus sonstigen Erfahrungen gezwungen sind, den Ort für den Ablauf geistiger Vorgänge auch für die mit Epilepsie verbundene Seelenstörung in der Grosshirnrinde zu suchen, so gewinnt die auf viele anatomische Thatsachen gegründete Beobachtung an Werth, dass die einfache Epilepsie von einer Störung der Thätigkeit der Hirnrinde bedingt ist. Zuweilen soll eine Hirnhälfte schwerer als die andere sein; dadurch wird aber ja eigentlich Nichts erklärt. Sicherer sind in mancher Beziehung die Erfahrungen über den Zusammenhang unserer Krankheitsformen mit einigen bestimmten Ursachen. Die verbreitetste Ursache ist die Erblichkeit; dann sind zu nennen der Missbrauch alkoholischer Getränke, Trunksucht der Eltern, sowie Zeugung im Rausch. Daran schliessen sich dann noch in früher Kindheit überstandene Gehirnerkrankungen; dem entsprechend erfährt man auch beim Nachforschen in vielen Fällen, dass schon in den ersten Lebensjahren diese oder jene Art von Krampfzuständen vorgekommen sind, als Vorboten der echten Epilepsie oder der mit ihr verbundenen Seelenstörung. Eine wichtige Ursache bildet auch die Gehirnerschütterung nach Schädelverletzungen und die verwandte Art des psychischen Traumas, der Schreck. Diese letztgenannten Ursachen sind natürlich nicht an ein bestimmtes Lebensalter gebunden; überhaupt findet man nur, dass die Pubertätszeit in dieser Beziehung einen schädlichen Einfluss zu haben pflegt.

Die Mannichfaltigkeit der mit Epilepsie verbundenen psychischen Störungen macht eine allgemeine zusammenfassende Besprechung ihres Verlaufes sehr schwer. Für die **Prognose** wird man aber doch einige Thatsachen berücksichtigen können. Ganz besondern Schaden leidet die Intelligenz in den Formen von Epilepsie, die durch häufige leichte Bewusstseinspausen und Schwindelzufälle ausgezeichnet sind, mehr noch als nach schweren echten epileptischen Krampfanfällen. Diese Thatsache verdient auch insofern Beachtung, als sie darauf hinzuweisen scheint, dass der Blödsinn nicht einfache Folgeerscheinung der Anfälle ist, sondern dass Krampfanfälle und geistige Störung nur verschiedene Erscheinungsweisen eines Grundvorganges sind. Die häufigere Schädigung der Centren des Bewusstseins scheint also das Bedenklichere, während die motorischen Störungen allein für die Intelligenz nicht so schädlich sein werden. In Uebereinstimmung damit steht es jedenfalls, dass gerade die schwersten Aufregungszustände sich an leichte Schwindelzustände und nur unbedeutende nächtliche Anfälle vielfach anschliessen. Im Uebrigen ist die Aussicht für das Erhaltenbleiben der geistigen Leistungsfähigkeit um so grösser, je seltener Anfälle, welcher Art immer, auftreten. Der einzelne Anfall geht ja in der Regel gut vorüber, im Allgemeinen aber muss man doch die Seelenstörung mit Epilepsie als eine sehr ungünstige Krankheitsform bezeichnen.

Die **Diagnose** der Krankheit ist nach Vorstehendem bei ausgeprägten Fällen leicht, kann aber zuweilen grosse Schwierigkeiten machen und nur durch längere Beobachtung festgestellt werden, die z. B. auch erst den periodischen Verlauf erkennen lässt. Wahrscheinlich sind oft Fälle von epileptisch begründetem Irresein als transitorische Manie beschrieben, und muss man vorsichtig sein, um diesen Irrthum zu vermeiden. Es handelt sich dabei um rasch vorübergehende, meist nur stundenlang oder höchstens bis zu einem Tage dauernde heftige Erregungen, die unter dem Bilde eines hochgradigen Wuthanfalles mit triebartigen Gewalthandlungen unter den Zeichen starken Blutandranges zum Kopfe verlaufen. Sie beginnen in der Regel ganz plötzlich ohne eigentliche Vorboten, und erreichen alsbald die volle Höhe der Entwicklung; sie werden von lebhaften Sinnestäuschungen begleitet. Nach heftigem Toben und Lärmen verfällt der Kranke dann in tiefen Schlaf, aus dem er ruhig und ohne klare Erinnerung an das Geschehene, aber mit eingenommenem Kopfe und grosser Ermattung erwacht. Auch hier wird man die Zeichen der epileptischen Grundlage der Psychose erkennen in dem plötzlichen Anstieg, der tiefen Störung des Bewusstseins mit nachfolgender Er-

rinnerungslosigkeit, der triebartigen Heftigkeit der Handlungen und dem ziemlich unvermittelten Abfall der Erscheinungen.

Für die Diagnose ist es wichtig daran zu denken, dass auch andere Psychosen als die geschilderte sich mit Epilepsie verbinden können, obwohl dies selten geschieht; trotzdem wird man da nicht von epileptischem Irresein sprechen, wo die genannten besonderen Zeichen fehlen, sondern nur eine zufällige Verbindung annehmen dürfen. In einzelnen Fällen werden secundär Blödsinnige später noch epileptisch, so dass es nahe liegt ein Fortschreiten der Rindenerkrankung auf motorische Gebiete anzunehmen. Den Status epilepticus könnte man mit Eklampsie und Urämie verwechseln; die Untersuchung des Harns, besonders aber die Vorgeschichte des Falls können helfen; wo beide nicht möglich sind, wie bei einem Unbekannten, der auf der Strasse gefunden wird, ist es im Augenblick wahrscheinlich nicht möglich, die richtige Diagnose zu stellen. Gewisse Schwierigkeiten für die Erkenntniss kann auch ein Zustand starrer Stummheit machen, der viel Aehnlichkeit mit tiefer Melancholie hat. Erst nach seinem Ablauf hat man dann ein Unterscheidungsmittel in dem Erinnerungsmangel. Auch Zustände von Stupor, die mit Verbigeration (s. Seite 150) und Stummheit wechseln, werden beobachtet, deren epileptische Grundlage wahrscheinlich ist; diese Krankheitsbilder werden indessen vielfach anders aufgefasst, z. B. als Katatonie, und ist es hier nicht zu entscheiden, wohin sie in unserm System zu stellen sind. Die nahen Beziehungen des epileptischen Irreseins zum hysterischen werden wir im nächsten Abschnitt kennen lernen.

Die **Behandlung** der Seelenstörung mit Epilepsie steht auf dem Boden der Behandlung dieser Neurose. Einer ziemlich allgemeinen Anerkennung erfreut sich das Bromkalium, dessen Wirkung sowohl die Krampfanfälle und die Aufregung als die Erhaltung der geistigen Kräfte günstig beeinflusst; die letztere Wirkung wird freilich sehr angezweifelt, jedenfalls kann man sie nur vermittelt denken durch die Fernhaltung der Anfälle, da der längere Gebrauch des Bromkaliums in grossen Mengen bekanntlich schon an und für sich die Gefahr einer Abstumpfung der geistigen Leistungsfähigkeit mit sich führt. Es gehören ja auch überhaupt immer grosse Mengen von Bromkalium dazu, um zweifellose Erfolge zu erzielen. Indessen ist dabei zu bemerken, dass die wirksame Dosis individuell sehr verschieden ist und dem einzelnen Falle erst angepasst werden muss. Der Erfolg zeigt sich am Besten darin, dass die Zwischenräume

verlängert und die Anfälle zeitlich aus einander gerückt werden. Dadurch wird zwar keine Heilung erzielt, aber es muss doch als eine wesentliche Besserung gelten, wenn es gelingt, den raschen geistigen Verfall aufzuhalten; hier und da kommt es denn auch zu längerer Erwerbsfähigkeit. Der Gebrauch des Bromkaliums muss ein längerer sein; man beginnt in der Regel mit zwei bis sechs Gramm täglich, und steigt unter Umständen bis acht und zehn Gramm, lässt das Mittel einige Wochen nehmen und versucht dann herunterzugehen oder es auszusetzen. Wo es nöthig ist, kann man es in Mengen bis 4 *gr* täglich auch Monate und Jahre lang geben, selbstverständlich nur dann, wenn sichtliche Erfolge zu verzeichnen sind. Namentlich in Anstalten kann man Anfangs über seine Wirksamkeit getäuscht werden, insofern die Versetzung in die geordneten Verhältnisse und die gute Ernährung noch einflussreicher waren. Darum ist es richtiger das Mittel erst nach einiger Zeit zu geben, wenn nicht dringende Erscheinungen es sofort erheischen. Sehr vortheilhaft ist es auch den Kranken nach einem Anfall womöglich völlig ausschlafen zu lassen oder Schlaf durch Arzneimittel zu erzwingen.

Wo das Bromkalium sich erfolglos zeigt oder nicht vertragen wird, kann man Versuche mit Atropin oder Curare machen, indessen sind günstige Wirkungen leider selten. Im Status epilepticus kann eine Morphiuminjection die schweren Erscheinungen mildern, auch Chloralclysmata werden empfohlen. Im Uebrigen wird man nach den vorliegenden Erscheinungen handeln, namentlich in Anstalten durch verschiedene Massregeln die Kranken gegen Verletzungen in den Anfällen zu schützen suchen und sie bewahren vor unnöthigen Erregungen im Umgang mit Andern. Ueberhaupt aber hat man auch für das praktische Leben zu erwägen, dass Kranke mit epileptischer Seelenstörung in hohem Grade gemeingefährlich werden können, so dass man sie kaum zu frühzeitig in den Schutz einer Anstalt bringen kann. Selbst wenn der fortschreitende Blödsinn nur geringe Grade zeigt, sind die Kranken durch plötzliche Gewaltthaten sich selbst und Andern gefährlich.

F. Seelenstörung mit Hysterie.

In ähnlicher Weise wie bei der Epilepsie findet man in Schilderungen der Hysterie die Frage erörtert, ob die Neurose regelmässig mit geistiger Störung verbunden sei oder nicht; mehrfach hat man sich dahin entschieden, dass die Hysterie überhaupt regelmässig eine geistige Störung sei. Nun hängt diese Antwort natürlich ganz wesentlich davon ab, wie man den Begriff geistige Störung auffasst, wie weit man ihn über die Grenzzustände des vollen Irreseins auszudehnen geneigt ist. Wir wollen an dieser Stelle nur das als zweifellos hinstellen, dass auch die leichtesten Grade der Hysterie oft eine eigenthümliche Veränderung des Charakters mit sich führen, der wir als Grundzug auch in allen anderen Formen und Graden wieder begegnen, dass aber das eigentliche hysterische Irresein etwas Anderes ist, und unter bestimmten eigenartigen Erscheinungen verläuft.

Bei der Hysterie tritt es noch mehr als bei der Epilepsie deutlich zu Tage, dass es sich um eine in der Regel angeborene und ererbte constitutionelle Neurose handelt, so dass die Befallenen als von Vornherein minderwerthige Menschen bezeichnet werden müssen, insofern ihre geistige Leistungsfähigkeit viele Zeichen der Minderwerthigkeit trägt. Da die Zahl der Männer, die von Hysterie befallen werden, jedenfalls gegenüber dem weiblichen Geschlecht eine verschwindend kleine ist, so wird dieser Abschnitt auch nur die mit Hysterie verbundenen Seelenstörungen des weiblichen Geschlechts untersuchen. Ein Beweis für die erwähnte constitutionelle Grundlage der Hysterie ist ihr frühes Auftreten, das sich oft bis in die Kindheit zurückverfolgen lässt, am Häufigsten statthat zur Zeit des geschlechtlichen Reifwerdens. Schon seltener ist ihr Beginn im 3. Jahrzehnt, und wird er von da an sehr rasch seltener. Auch die Erblichkeit ist zahlenmässig sehr auffallend; indessen muss man doch gerade dabei berücksichtigen, dass eine hysterische Mutter ihrer Tochter ebenso sehr durch verkehrte Erziehung schaden wird. Wenn nun auch dem Geschlechtsleben ein grosser Einfluss auf die Hysterie zugewiesen werden muss, so ist doch sehr zu

betonen, dass höchstens die Hälfte aller Hysterischen irgend welche Reizzustände im Geschlechtsapparat erkennen lässt, bei denen dann auch noch zu entscheiden wäre, ob sie Ursache oder Folgezustand sind; und ferner fehlen auch oft die geringsten Andeudeutungen sexueller Erregung bei chronischen Uterusleiden echt Hysterischer.

Auf einige körperliche Erscheinungen der Hysterie werden wir bei einer unterscheidenden Untersuchung gegenüber der Epilepsie noch aufmerksam machen, und wenden uns zunächst ihren geistigen Erscheinungen und Störungen zu. Man unterscheidet zweckmässig mehrere Gruppen; solche, die eine besondere **Veränderung des Charakters** der Hysterischen beweisen, dann solche, die einen hysterischen Anfall begleiten oder ersetzen; schliesslich diejenigen, die dem hysterischen Irresein im Besonderen zukommen.

Von früher Kindheit an zeigen die meisten zukünftigen Hysterischen bestimmte Anlagen, die ein schwankendes psychisches Gleichgewicht ankündigen. Sie sind allen Eindrücken leicht zugänglich; sie lachen oder weinen bei dem geringsten Anlass. Sie sind lebhaft und gewandt, haben gute Anlagen zum Lernen und für Handarbeiten, und eine natürliche Anlage zur Nachahmung, ein gewisses schauspielerisches Talent. Dabei sind sie aber auch lügenhaft, streit- und herrschsüchtig, aufgeregt und damit wechselnd sehr verstimmt und gedrückt; über Kleinigkeiten erregen sie sich, und bleiben gefühllos bei Ereignissen, die sie viel tiefer berühren müssten. Oft leiden sie an zahlreichen nervösen Störungen: wie Kopfschmerzen, unruhigen Träumen in Art des Alpdrückens, wobei hie und da schon Sinnestäuschungen eintreten. Magen- und Leibschmerzen, Herzklopfen, Ohnmachten, Druckgefühle im Halse, zuweilen schon deutliche Krampfzustände kommen hinzu.

Ausser diesen wirklichen Beschwerden fügen sie oft eingebildete hinzu, um sich interessant zu machen; sie behaupten beständig an Kopfschmerzen zu leiden, unfähig zu mancherlei Dingen zu sein, mit ihren Magenbeschwerden beunruhigen sie tagtäglich Familie und Arzt. Religiöse Neigungen in frühreifem Alter mit Zuständen der Verzückung sind Kennzeichen der hysterischen Grundlage.

Bei den erwachsenen Hysterischen entwickeln sich diese Anlagen mit einer wechselnden Stärke. Am Frühesten bemerkt man bei ihnen eine Unbeständigkeit des Charakters. Ohne Vermittelung oder innere Beweggründe gehen sie über von Heiterkeit und von Aeusserungen liebenswürdiger Charakteranlagen zur Uebelnehmerei,

Empfindlichkeit und Heftigkeit. Sie werden ärgerlich, ungerecht und boshaft. Es wiederholt sich in höherem Grade als bei den Kindern die Gleichgültigkeit bei grossem Unglück, während sie zu heftigen Verzweiflungsausbrüchen gedrängt werden bei einem unbedeutenden Zufall. Sie übertreiben Alles, sind masslos und launenhaft in ihren Leidenschaften, in der Liebe wie im Hass, in den edelsten Gefühlen, wie in den niedrigsten Trieben. Sie begeistern sich für das Gute wie das Schlechte, besonders wenn sie sich selbst dabei bemerklich machen können. Man sieht sie an die Spitze mildthätiger Vereine treten, im Streben dafür ihre Thätigkeit verdoppeln, die widerlichsten moralischen Vergehen schonend behandeln und beeinflussen, Trauernde trösten, Muthlose heben. Aber andrerseits sind sie fähig zu den grössten moralischen Verirrungen und schrecken dann endlich nicht vor einem Verbrechen zurück. Womöglich suchen sie dies dann noch hinterher auf das Tiefste zu beklagen. Als vollendete Schauspielerinnen schwärmen sie für eine gemachte Haltung und treiben damit ihr Spiel.

Sie sind Geister der Verneinung und des Widerspruchs. Es genügt schon ihnen gegenüber irgend etwas zu behaupten, sofort wenden sie sich zum Gegentheil. Es gefällt ihnen dann auch wohl heute grade das Gegentheil von dem zu sagen, was sie gestern aussprachen.

Aber trotz der Beweglichkeit ihres Geistes beweisen sie bei bestimmten Gelegenheiten eine staunenswerthe Beharrlichkeit und Zähigkeit. Völliges Schweigen in der Furcht, dass das Sprechen schädlich sei; wochenlanges Fasten, um die Magenbeschwerden zu vermeiden; jahrelanges Liegen im Bett in der festen Ueberzeugung, zum Gehen ganz unfähig zu sein, sind solche Züge, deren vernunftmässige Bekämpfung nur dazu dient, sie zu steigern. Aber nicht ein mächtiger Wille ist die Ursache des hartnäckigen Ausharrens und des steifen Widerstandes, sondern Willensschwäche begründet sie.

Doch die Unbeständigkeit des Charakters drängt sich am meisten vor; so suchen die Hysterischen sich zwar gegenseitig auf, sind bereit rasch und unerwartet Freundschaft anzuknüpfen, aber auch ohne Grund sie wieder abzubrechen und, ebenso wenig gerechtfertigt, Abneigung und Hass darauf folgen zu lassen.

Eine kaum einige Wochen verheirathete Hysterische beklagt sich, dass sie nicht verstanden werde, nicht den Rechten gefunden habe, den sie mit der Ueberfülle der Liebe beglücken könne, die aus ihrer Seele ströme. Sie thut Alles im Hause, um ihrem Mann unangenehm zu werden, ja sie überträgt diese Abneigung später sogar auf ihre Kinder. Die Lüge wird eine ihrer auffallendsten Beschäftigungen

und in gewisser Weise das Merkmal des hysterischen Charakters. Unerhört ist bisweilen die Schlauheit und Zähigkeit, mit der im Ganzen zwecklos gelogen wird. Nicht immer ist die Lüge oder Verstellung harmlos, sondern oft bringt sie es zu schweren Anschuldigungen und Verläumdungen Anderer. Es ist vorgekommen, dass Hysterische sich selbst mit Messern verletzten, Kleider und Gesicht besudelten, um die Beschuldigung der Nothzüchtigung zu beweisen; dass sie Gegenstände selbst beseitigten, um Andere des Diebstahls zu beschuldigen. Durch Briefe mit verstellter Handschrift, die sie sich selbst zuschicken, verleumden sie Andere. Der Hauptgrund solcher Handlungen ist wie schon berührt der Wunsch, sich interessant zu machen; daher werden Krankheiten erheuchelt, Selbstmord versucht, ja Selbstanklagen über Verbrechen mit allen Einzelheiten gemacht, die längere Zeit die Aufmerksamkeit der Gerichte in Anspruch nehmen.

Die Klagen von tiefem Seelenschmerz über ein angeblich begangenes Laster oder Verbrechen werden mit so täuschender Gewandtheit und so eingehender Ausführlichkeit schriftlich und mündlich vorgetragen, dass der Zweck, die Erregung des Mitleids, nicht ausbleibt. Den Schein der Wahrheit wissen diese Personen so sicher zu erwecken, dass sie bei Manchen die heiligste Ueberzeugung davon hervorrufen.

Oft hört man dann wieder die Ansicht, dass gesteigerte Geschlechtslust den Untergrund für das Gebahren der meisten Hysterischen abgäbe, indessen verleitet sie auch zu sexuellen Ausschreitungen meistens das ewige Bedürfniss, sich bemerklich zu machen. Nur in einzelnen Fällen muss man an der sexuellen Erregung festhalten; dann dient Harnverhaltung zu täglicher Sondirung der Urethra mit einem Katheter, ein erdichtetes Uterinleiden zum immer erneutem Verlangen einer Untersuchung mit dem Speculum. Jedenfalls kann man in Gegenwart von Männern oft eine Steigerung der hysterischen Krankheitserscheinungen feststellen.

Eine jede Hysterische kann nun die ganze Reihe solcher psychischer Störungen von leichter Verschiebung des Charakters bis zu den höchsten Graden allmählich durchlaufen und endlich von einer ausgesprochenen Psychose befallen sein, ohne dass man sagen könnte, zu welcher Zeit die letztere sich entwickelt hätte. Grundzüge ihres gesammten Verhaltens bilden aber doch immer eine gesteigerte Reizbarkeit und eine nur zu bestimmten verkehrten Zwecken sich steigernde, im Allgemeinen abgeschwächte Willenskraft. Launenhaft folgen sie nur augenblicklichen Antrieben und sind unfähig Abneigungen gegen Personen und gewisse Eindrücke, wie Gerüche und Geräusche, zu beherrschen.

Neben der geschilderten Veränderung des Charakters pflegen nun die Intelligenz und das Gedächtniss bei Hysterischen nicht besonders zu leiden Aber gerade das Erhaltenbleiben der Besonnenheit befähigt sie zu der Durchführung ihrer Absichten, wodurch sie wahre Quälgeister für ihre Umgebung und Aerzte werden können.

Nahe Beziehungen verbinden die Hysterie mit einer anderen Neurose, der Neurasthenie, und werden wir ihnen bei dieser zu folgen suchen. Weit wichtiger aber sind Zustände, die in Verwandtschaft mit der Epilepsie stehen und zuweilen daher auch als Hystero-Epilepsie bezeichnet werden. Zu ihrem Verständniss bedarf es vorerst aber noch einer Schilderung des hysterischen Krampfanfalles, der sich durch einige ganz bestimmte Erscheinungen auszeichnet.

Zu einem hysterischen Anfall gehören nun untrennbar auch andere **körperliche Begleiterscheinungen** als die Krämpfe; wir werden daher aus dem Heer der Störungen des Gefühlssinnes, der Bewegung, des Kreislaufes, der Absonderung und Ernährung auch manche berühren müssen, immer aber nur mit Rücksicht auf ihre **psychische Grundlage**, die ja selbstverständlich hier der alleinige Zweck bei der Schilderung der Hysterie ist.

Die sensiblen und motorischen Störungen der Hysterie haben nun ein gemeinsames Merkmal, wodurch sie sich auch andren Neurosen und organischen Hirnleiden gegenüber unterscheiden; es ist keine anatomisch zusammenfassbare Wurzel für sie zu erkennen, sondern sie ordnen sich im Sinne physiologischer Thätigkeit, und zeigen dabei den Charakter psychischen Ursprungs. Einheitliche Ausgangspunkte, namentlich bestimmte cerebrale Herde fehlen daher auch in der Regel.

Da nun die motorischen Störungen bei einem hysterischen Anfall meistens sehr in den Vordergrund treten, so wenden wir uns zuerst zu ihnen. Die Vorboten eines Krampfanfalles pflegen den Kranken so peinlich zu sein, dass sie sich sehnen nach der von ihnen erlösenden Wirkung der Krämpfe; grosse innere Unruhe und Reizbarkeit quälen sie, unaufhörliches Gähnen und Seufzen gehen voraus; es sind aber die Gefühle einer Aura äusserst verschieden und zahlreich, so dass sie einer zusammenfassenden Beschreibung unzugänglich sind. Gemeinsam ist ihnen aber wohl meistens das Peinvolle, die Hoffnung auf den Krampfanfall, während der Epileptiker diesen mehr fürchtet. Wenn dann die Krämpfe sich einstellen, so findet der Bewusstseinsverlust nicht so plötzlich wie beim Epileptischen statt. Das Hinstürzen ist kein so völlig plötzliches, und verschafft dies dem Kranken die Möglichkeit Gefahren zu vermeiden; sie

zerschlagen sich daher fast niemals den Kopf, während viele Epileptische regelmässig auf die Stirn fallen; sie verletzen sich nicht an Ecke und Kanten, fallen nicht ins Fenster oder Feuer, denn alle Bewegungen werden noch in richtiger physiologischer Weise geordnet und stehen unter psychischer Leitung. Die den Krampfanfall einleitenden Bewegungen erscheinen daher oft sehr zweckmässig, ohne dass eine absichtliche Täuschung im Spiel ist. Erst darauf kommt es zum völligen Bewusstseinsverlust in den schwersten Fällen, während meistens ein gänzliches Schwinden des Bewusstseins fehlt. Wo es aber vorkommt, ist die Erinnerung für das Vorgefallene ebenso unvollständig, ja sogar ganz wie abgeschnitten, wie es bei Epileptischen der Fall ist. Während der leichteren Anfälle dagegen sehen und hören die Kranken Alles, was um sie vorgeht und können sich später dar auf besinnen; nur vermögen sie dies während des Anfalles nicht kund zu thun, aber vor allzugrosser Leichtgläubigkeit muss hier gewarnt werden. Die Krampfbewegungen sind sehr ausgedehnt und unregelmässig in ihrer Reihenfolge; auch der Rumpf wird in wilder Unordnung hin- und hergeworfen. Oft scheint es, als ob alle diese Bewegungen von einem unklaren Bestreben geleitet werden, peinvolle Gefühle, besonders in der Kehle zurückzudrängen.

Den Einzelheiten hysterischer Krampfanfälle können wir hier nicht folgen, da auch ihr Verlauf ein unendlich verschiedener sein kann. Für viele Fälle ist es bezeichnend, dass sie jeden Augenblick durch Druck auf die Ovarialgegend unterbrochen werden können, freilich meistens nur für die Zeit des Drucks, und nicht selten mit dem Erfolge, dass nachher eine gesteigerte Reizbarkeit eintritt. In einer Viertelstunde pflegt der einzelne Anfall zu verlaufen; er kann sich wiederholen und an Zahl sogar zu Hunderten anwachsen, woraus sich dann ähnlich wie bei der Epilepsie ein Status hystericus ausbilden kann, doch nicht in gleicher Schwere; so fehlt namentlich die Temperatursteigerung.

Die mannichfachen auf Krämpfen tonischer Art beruhenden Contracturen verdienen auch unter dem Gesichtspunkte eine Erwähnung, dass sie wie namentlich die Veränderungen unter dem Einflusse der Hypnose beweisen, den psychischen Vorgängen der Aufmerksamkeit und der Willensrichtung untergeordnet sein können. Contracturen nach Krämpfen sind auch nur für Hysterische ein häufiges Vorkommen, nicht für Epileptische. Auch die häufig mit Sensibilitätsstörungen verbundenen Lähmungserscheinungen Hysterischer haben wir hier nur insofern zu erwähnen, als ihre Beeinflussung durch die Hypnose und Suggestion zeigt, dass der Grundzug auch hier die ausser-

ordentliche Leichtigkeit ist, mit der psychische Reize das Krankheitsbild verändern. Für die Erkenntniss wie für die Behandlung ist unter Umständen diese Thatsache wichtig. Auch die Erscheinung der Katalepsie mit wächserner Biegsamkeit der Glieder ist ein Gemisch der verschiedenen genannten motorischen und sensiblen Störungen, die in der Hysterie auftreten, immer aber unter dem Einflusse der psychischen Reizbarkeit bei gleichzeitig herabgesetzter Willenskraft. Auch bei den Störungen im Kreislauf und den absondernden Organen ist der psychische Einfluss meistens unverkennbar. Gegenüber der Wirkung epileptischer Anfälle ist es nun sehr wichtig, noch einmal zu betonen, dass hysterische Krampfanfälle selbst wenn sie gehäuft Jahre hindurch stattfanden, keine so auffällige Störung der Intelligenz mit sich zu führen pflegen, obwohl eine Steigerung des reizbaren Charakters und der Abstumpfung höherer Gefühle dann unverkennbar ist.

Wenn man nun auch nicht wie bei der Epilepsie gewohnt ist, von hysterischen Aequivalenten oder etwa von posthysterischen Zuständen zu sprechen, so lässt sich doch nicht läugnen, dass man in gewissen **Dämmerzuständen**, die einem hysterischen Anfall folgen oder ihn zu ersetzen scheinen, ähnlichen Verhältnissen begegnet. Diese Dämmerzustände sind kürzer oder länger dauernde Anfälle stärkerer Bewusstseinstrübung. Die einfachste Form ist jene Bewusstseinsstörung, die regelmässig den Krampfanfall kürzer oder längere Zeit überdauert. Die Kranken liegen mit schlaffen Gliedern, in denen nur noch vorübergehend eine leichte Erstarrung hervortritt, mit ruhiger Athmung und langsamem Pulse unbeweglich da, die Augen sind nach Oben und seitwärts gerollt. Ausnahmsweise kann sich dieser Dämmerzustand Tage, selbst Wochen ausdehnen, wenn man ihn nicht durch starke äussere Reize unterbricht.

Als Aequivalente oder verschleppte hysterische Anfälle muss man jedenfalls die Dämmerzustände ansehen, die dem Gebiete des Nachtwandelns angehören; es gelingt verhältnissmässig schwer die Kranken aus diesem Zustand zu klarem Bewusstsein zu führen.

Durch das Hinzutreten lebhafter Sinnestäuschungen bilden sich nun aber die Dämmerzustände in der verschiedensten Weise aus; sie verbinden sich mit Zuständen der Verzückung, in denen auch eine Versteifung der Muskulatur stattfindet; unter den Sinnestäuschungen sind namentlich Visionen des Gesichts in diesem Zusammenhang wichtig, da sie den Bewusstseinsinhalt wesentlich bedingen. Häufig ist ihr Inhalt ein erschreckender; die Kranken sehen entweder nur dunkle und verschwommene Schatten, Feuer und Flammen, oder deut-

lich Thiere, wie Ratten, Schlangen, auch grössere, die aber dann oft eine phantastische Form haben, wie Elephanten mit zahllosen Rüsseln oder Beinen, von denen auch der Rücken besetzt ist, und diese laufen dann unermüdlich vor der Kranken umher. Jedenfalls ist die Massenhaftigkeit des Eindringens solcher Gestalten auch hier auffallend, und wirken sie dadurch aufregend. In ähnlicher Weise erscheinen nackte Männer, Leichname, Beerdigungen und Leichenbegängnisse, grässliche Gefahren durch Feuersbrunst, Mord. Durch drohende Stimmen und Geräusche, lästige Gerüche steigert sich die angstvolle Unruhe.

Häufiger aber noch sind ekstatische Zustände mit Wonnegefühlen und himmlischen Erscheinungen; diese Stimmung äussert sich dann auch deutlich im ganzen Benehmen, den Reden und Ausdrucksbewegungen. Die Kranke fühlt sich versetzt in eine eingebildete Welt, und ist der Bewusstseinsinhalt dabei vorzugsweise häufig ein religiöser. In der Stellung einer Betenden oder Verzückten, die Augen gegen den Himmel gerichtet, ist wie im Gesichtsausdruck das Schwelgen im Glück unverkennbar. Die unbewegliche starre Haltung geht dann wohl über in die Stellung des Gekreuzigten oder ahmt andere Scenen aus der Leidensgeschichte Christi oder eines Märtyrers nach. Das Hersagen von Gebeten, das Absingen frommer Lieder, lautes Weissagen unterbricht zeitweilig das Schweigen und zeigt wie das Bewusstsein ausgefüllt ist von jener religiösen Versenkung. Später bestätigen die zur Klarheit zurückgekehrten Kranken auch, wie glücklich sie sich fühlten im Paradiese, Angesichts Gottes und der Engel, sie beschreiben mit Begeisterung die entzückenden Gesichte, deren Glanz ihre Augen geblendet hat. Dass die Kranken sich in der Zeit der Verzückung auf äussere Reize nicht rühren, überhaupt gefühllos scheinen, dass der Puls oft beschleunigt, die Athmung verlangsamt ist, der Blick durch die schwimmenden Augen und weiten Pupillen glänzend wird, verdient noch Erwähnung zur Abrundung des gezeichneten Bildes.

Zuweilen knüpft der Bewusstseinsinhalt im Dämmerzustande an ein wirklich früher erlebtes Ereigniss an, z. B. an eine schreckhafte Begebenheit, wie einen Nothzuchtsversuch. Dies Ereigniss spielt sich dann wieder in mannichfacher Ausschmückung ab, und kann es zu lebhaften Handlungen verzweifelter Gegenwehr kommen, zu tobendem Umsichschlagen und Geschrei; den Schluss bildet dabei oft ein Krampfanfall. Vorzugsweise werden auch Erlebnisse der jüngsten Vergangenheit, wie die Erlebnisse des Tages, zuweilen in geschwätziger Weise wiederholt, aber auf einer ganz traumhaften Stufe des Bewusstseins; die Erinnerung dafür ist dann eine sehr ungenaue.

Endlich ist noch ein bei jungen Mädchen vorkommender Dämmerzustand zu erwähnen, der sich durch eine alberne und läppische Erregung kennzeichnet und einem hysterischen Krampfanfall einige Stunden vorauszugehen pflegt; Singen, Lachen und Tanzen wechseln mit der Neigung zum Sammeln. Die Kranken befinden sich in vorwiegend heiterer, ausgelassener Stimmung, führen schnippische Reden, begehen allerlei thörichte und muthwillige Streiche, ahmen Thierstimmen nach, laufen wie blind fort. Sie verkennen die Personen ihrer Umgebung und behalten nur eine unklare Erinnerung des Zustandes.

In der Regel dauern alle die genannten Dämmerzustände nur einige Stunden oder Tage. Doch findet sich wie bei der Epilepsie gerade bei den leichten Fällen der Hysterie zuweilen eine Verschleppung und Ausdehnung des ganzen Anfalls auf einige Wochen oder Monate. Eintritt und Lösung sind rasch, der Verlauf unterliegt manchen Schwankungen, wobei die Trübung des Bewusstseins sich zeitweise fast völlig verlieren kann, während sein sonstiger krankhafter Inhalt bleibt und nicht als solcher anerkannt wird. Die verschiedenen eben beschriebenen Erscheinungen der Dämmerzustände können sich dabei zu einem bunten Bilde vereinigen. Erfahrungsgemäss knüpfen diese Zustände oft an Wochenbetten, starke Blutungen, überhaupt Erschöpfungszustände, und sind dann nach Hebung des Grundleidens verhältnissmässig gutartig für die Prognose. Namentlich die zahlreichen Sinnestäuschungen, unter denen neben solchen des Gesichts, Täuschungen des Gefühls überwiegen, erfahren Umdeutungen der Beeinträchtigung oder des Glücks; zu einer systematischen Verarbeitung der Wahnvorstellungen kommt es aber nur selten, weil die Trübung des Bewusstseins dies nicht erlaubt; jedenfalls verschwinden sie mit den Dämmerzuständen meistens rasch.

Ehe wir die letzte Gruppe der Seelenstörungen bei Hysterie, das eigentliche hysterische Irresein betrachten, muss noch erwähnt werden, dass einfache Seelenstörungen natürlich auch bei Hysterischen vorkommen können, ohne dass man die hysterischen Erscheinungen anders als zufällige ansehen dürfte. Dies zeigt sich dann auch darin, dass z. B. eine Melancholie bei einer Hysterischen in Genesung übergehen kann, aber die hysterischen Beimengungen bleiben entweder unverändert oder erscheinen gesteigert gegenüber der Zeit vor der Melancholie. Ein geräuschvolles theatralisches Gebahren, eine erotische Färbung verwischt das Krankheitsbild der einfachen Psychosen bei einer Hysterischen, aber es handelt sich doch immer nur um eine Manie oder Melancholie bei einer Hysterischen, nicht um eine

hysterische Manie oder eine hysterische Melancholie, denn weder der Verlauf, noch andere klinische Kennzeichen weichen von den einfachen Formen wesentlich ab. Man wird davon die früher berührten Erscheinungen zu trennen vermögen, die einem zu Affectausbrüchen hohen Grades neigenden Stimmungswechsel folgen; wir haben sie kennen gelernt als Zeichen der hysterischen Charakterveränderung.

Diese finden wir nun wieder als Grundlage des **eigentlichen hysterischen Irreseins.** Angeboren oder erworben wird sie als eine Entartung angesehen und kann als eine geistige Minderwerthigkeit betrachtet werden, die den Erscheinungen der Psychose ihre Richtung gibt. Namentlich auf erblicher Grundlage trägt sie den Keim der ungünstigen Entwickelung in sich, und ist der Verlauf zum Blödsinn dann auch häufiger ein unaufhaltsamer, wenn auch oft sehr langsamer. Der Grundzug des hysterischen Irreseins ist im Beginn die leichte Verletzlichkeit der Kranken, das Gefühl der Nichtbeachtung, und diese psychische Reizbarkeit verbindet sich auf das Mannichfaltigste mit dem vielgestaltigen Bilde der Hysterie. Wenn man das beständige Klagen über Zurücksetzung erfährt, wo theilnehmendste Liebe und Sorgfalt bemüht ist, den kleinsten Wünschen entgegenzukommen, so wird die Vermuthung auf eine beginnende Urtheilsschwäche begründet, und der fortschreitende Verlauf dieses hysterischen Irreseins zu leichtern oder schwerern Graden des Blödsinns bestätigt dann diese Auffassung. Massenhafte Gefühlsstörungen und andere Sinnestäuschungen erschweren von Anfang an eine ruhige Beurtheilung des eigenen Zustandes, und so kommt es, dass sie rasch und hemmungslos umgesetzt werden in Wahnvorstellungen. Die Lebhaftigkeit und Erregbarkeit der Vorstellungen bringt dadurch ein nur noch Anfangs Erklärungsversuchen der Beeinträchtigungsgefühle zugängliches System zu Stande, bald geht es über in Verwirrtheit oder Blödsinn.

Der Verlauf ist aber kein stetiger, sondern ein sprungweiser; oft wird er von schamlosen sexuellen Trieben begleitet, wobei die klinisch so wichtige Verbindung mit Geruchstäuschungen und religiösen Vorstellungen sehr auffällig wird. Im Allgemeinen ist aber dieser Zustand ein chronischer und fortschreitender, zum Unterschiede von den leichteren Zufällen ähnlicher Natur bei einfacher Hysterie, bei welcher der einzelne Anfall kurz und ohne wesentliche Schädigung der Intelligenz verläuft. Dass Uebergänge von der einfachen hysterischen Charakterveränderung zu der ausgesprochenen Form des angedeuteten hysterischen Irreseins führen können, ist schon früher bemerkt. Von einer einfachen Paranoia ist dieses hysterische

Irresein unterschieden durch die namentlich im Anfang auffällige Verbindung von psychischer Reizbarkeit mit gekränktem Selbstgefühl, durch das bunte Zuströmen von Gefühlstäuschungen zur kritiklosen Verwerthung; der Verlauf ist auch meistens rascher und das Kleeblatt von geschlechtlichen, von religiösen und Geruchsstörungen ist ihm eigen. Sehr häufig findet man Eifersuchtswahn auf derselben Grundlage; in früherer Zeit mehr als jetzt wurde diese Form des hysterischen Irreseins ausgebildet zum Besessenheitswahn.

Eine andere Form des hysterischen Irreseins verläuft ohne Sinnestäuschungen, oder diese spielen doch eine so untergeordnete Rolle, dass der Ablauf der krankhaften Erscheinungen auf psychischem Gebiet von ihnen unbeeinflusst bleibt. Der Grundzug ist hier der Versuch der Kranken, eine Erklärung für die eigene krankhaft gehobene oder gedrückte Stimmung in äusseren Einflüssen zu finden; zu der einfachen hysterischen Charakterveränderung kommt dies Bestreben hinzu und beherrscht das Denken und Fühlen der Kranken vollständig. Eine grosse Fertigkeit im Reden, die bis zu einer gewissen dialektischen Gewandtheit gesteigert sein kann, verbindet sich oft mit diesem Zustande, in dem die Kranken unfähig sind, fremde Interessen zu verfolgen, ganz in eigenen aufgehen. Man muss dabei auch immer an die verschiedenen zu Grunde liegenden körperlichen Begleiterscheinungen denken, deren Schilderung hier nicht geschehen kann; aber es sei doch erinnert an die Lähmungen der Muskeln und des Gefühls, an die Gesichtsfeldeinschränkungen und die Störungen der Absonderung, die immer neue Reize herantragen.

In Folge davon können sogar Selbstmordsversuche als Verzweiflungshandlungen vorkommen. Meistens freilich sind gerade diese Versuche nur Schaustücke zum Zwecke der Heranzwingung der Aufmerksamkeit, nicht ernstlich gemeint, obwohl sie natürlich unglücklich enden können. Man wird daher diesen Kranken gegenüber selbst in einer Anstalt die nöthigen Vorsichtsmaßregeln nicht aus der Acht lassen dürfen, da oft gegen den eigenen Willen eine Schlinge straffer wird als sie sein sollte; aber man vermeide es, viel Wesens von den Gegenmaßregeln zu machen und zeige sich den Selbstmordversuchen gegenüber selbst scheinbar möglichst gleichmüthig. Diese Form des hysterischen Irreseins neigt weniger zu Abnahme der Intelligenz, jedenfalls kommt es nur selten und langsam zu vollem Blödsinn, während in der steigenden Selbstsucht höhere und Mitgefühle immer mehr schwinden. Daher finden sich bei diesen Personen nicht nur triebartig ausgeführte geschlechtliche Aus-

schreitungen, sondern auch ein oft planloses oder nur von Eitelkeit geleitetes Stehlen von Schmuck- und Werthgegenständen in Kaufläden und bei Bekannten. Wie das Bild der Hysterie überhaupt nicht durch wenige Züge wiederzugeben ist, so muss man auch auf diesem Gebiete des hysterischen Irreseins auf die grösste Mannichfaltigkeit gefasst sein und versuchen, die oben berührten Grundzüge zur Erkennung zusammenzufassen.

Daraus folgt auch wieder, dass der Verlauf aller der genannten Gruppen von Seelenstörung, die sich mit Hysterie verbinden, ein höchst verschiedener ist. Tritt die geistige Störung anfallsweise auf, so ist wie bei der Epilepsie die Aussicht auf Verschwinden des einzelnen Anfalls eine günstige, auch wenn es sich um die ihm gleichwerthigen Dämmerzustände handelt. Rückfälle und neue Anfälle sind jedoch wahrscheinlich. Sowohl die hysterische Charakterveränderung wie das sich verschleppende hysterische Irresein führen aber zu bleibenden, vielfach sich verschlechternden Zuständen. Die Gefahr des Ausgangs in Blödsinn ist am Grössten bei sehr jugendlichen Personen, im Ganzen ist er aber seltener, namentlich seltener als bei Seelenstörung mit Epilepsie. Mit Berücksichtigung der Thatsache, dass die Hysterie überhaupt meistens eine geistige Minderwerthigkeit bedeutet, kann man daher die **Prognose** im Ganzen für die mit ihr verbundenen Seelenstörungen nur als eine ungünstige hinstellen, trotz der Wahrscheinlichkeit des Verschwindens der einzelnen Anfälle. Wo das Geschlechtsleben eine unverkennbare Rolle spielt, werden bedeutende Besserungen zuweilen beim Eintritt des Klimacteriums angegeben, ferner nach Beseitigung örtlicher Reize; im Uebrigen aber bleibt mindestens der hysterische Charakter bis ans Lebensende oder es bildet sich in den schwereren Fällen allmählich ein mehr oder minder hoher Grad von Blödsinn aus.

Die **Diagnose** ist wegen des bunten Wechsels der Krankheitsbilder oft nicht leicht und muss mit Berücksichtigung aller geschilderten Merkmale gestellt werden; daher soll hier auch nicht versucht werden einzelne als wichtigste hinzustellen, denn die Erfahrung lehrt ohnehin, dass die Gefahr gross ist, hysterische Seelenstörungsform anzunehmen, sobald einzelne der angeführten Erscheinungen vorkommen. Nur die Berücksichtigung des ganzen Krankheitsbildes und seines eigenthümlichen Verlaufes können davor schützen, die Diagnose auf eine mit Hysterie verbundene Seelenstörung zu leicht zu stellen.

Einzelne Bemerkungen haben uns schon darauf hingewiesen, dass eine **Behandlung** der in Rede stehenden Krankheit am Meisten Aussichten auf Erfolg hat, wenn es ihr gelingt, Ursachen zu be-

seitigen; denn eine Behandlung der einzelnen Zeichen ist hier im Ganzen weniger erfolgreich als sonst, weil es ja besonders darauf ankommt, diese Kranken nicht merken zu lassen, dass man sie für geistig krank hält. Andrerseits verlangen aber gerade unsere Kranken, dass man viel für sie thut. Sind daher wie so oft geistige oder körperliche Erschöpfungsursachen vorhanden, so muss man Alles daran setzen, um diese zu beseitigen und neue Kräfte für das erschöpfte Nervensystem zu sammeln. Dazu gehört dann vor allen Dingen gewöhnlich die Entfernung der Kranken aus der gewohnten Umgebung und ihre Einordnung in Verhältnisse, wo sie selbst nicht regieren, sondern eine wenn auch milde und wohlwollende, so doch zweifellos in anderer Hand liegende Leitung anerkennen müssen. Jedenfalls ist dies in den meisten Fällen die erste Bedingung, um günstige Erfolge zu erreichen; aber es gibt auch viele Fälle, in denen der persönliche Einfluss des Arztes noch wichtiger sein kann, wie ja schon aus den bekannten Beeinflussungen Hysterischer durch die Suggestion hervorgeht. Doch ist diese Behandlung überhaupt wichtiger für die einfache Hysterie mit körperlichen Begleiterscheinungen und leichterer Charakterveränderung, während bei stärkerem Hervortreten der psychischen Störungen und besonders bei den Dämmerzuständen von einer heilenden Beeinflussung durch persönliche Eigenschaften des Arztes immer weniger die Rede sein kann. Es soll ja nicht geleugnet werden, dass auch etwa bei einer mit Hysterie verbundenen Seelenstörung vorkommende Lähmungen oder Gefühlsstörungen durch Eingebung gebessert werden könen, die eigentlichen psychischen Vorgänge sich in andere Bahnen lenken lassen; es scheint aber doch noch nicht gerechtfertigt, die Suggestion wie in der Hypnose oder in einem ähnlichen künstlichen Dämmerzustande als Heilmittel auch bei unserer Krankheit zu versuchen, da später schwerere Rückfälle dafür einzutreten scheinen. Jedenfalls darf die Suggestion nur in der milden Weise persönlicher Autorität, nicht als Hypnose versucht werden; dann aber scheint sie gerechtfertigt, ja zeigt schöne Erfolge. Das unerschütterliche Vertrauen, das sich der Arzt durch ernstes Wohlwollen verschaffen kann, wird dadurch zu einem seiner mächtigsten Hülfsmittel. Persönliche Geschicklichkeit und Menschenkenntniss können darin natürlich grosse Unterschiede bewirken.

Die körperliche Erschöpfung ist nach allgemeinen Regeln zu behandeln. Ausserdem sind manche der Methoden, die bei einfacher Hysterie empfohlen werden, auch gegen einzelne unserer Fälle hier und da zu versuchen. So wird die Mastcur, Elektricität, eine geregelte, vorsichtige, kühle Ueberrieselung nach lauen Bädern und

Aehnliches unter Umständen ein werthvolles Mittel zur Bekämpfung hervortretender Krankheitserscheinungen (vgl. den Abschnitt über allgemeine Behandlung); die sogenannte Metallotherapie und Verwandtes sind zu unsichere Arten der Behandlung, als dass sie praktisch Bedeutung hätten. Da die Behandlung also doch wesentlich eine symptomatische bleiben wird, denn die vereinzelten Erfolge einer Castration z. B. können keine allgemeinen Vorschriften begründen, so wird man auch nicht erwarten, specifische Arzneimittel wie gegen die Seelenstörung mit Epilepsie zu erhalten. Freilich besteht vielfach noch eine gewisse Vorliebe für Asa foetida, Castoreum und Baldrian; aber zweifellose Erfolge erzielt man damit nicht. Ebenso lässt sich auch nicht behaupten, dass das Bromkalium ein so wirksames Mittel wie bei der Epilepsie ist; möglicherweise kann es Schlaf unterstützen durch Herabsetzung der nervösen Erregung, andrerseits wird aber vor seiner Anwendung gewarnt bei Zuständen, die an und für sich schon zu hypnotischen Erscheinungen neigen. Endlich wird noch mit Recht gewarnt vor der zu kühnen und andauernden Anwendung des Opiums und Morphiums, da unsere Kranken namentlich bei ungenügender Aufsicht nur zu oft zur Morphiumsucht gelangen.

Die richtig durchgeführte psychische Behandlung unter günstigen äusseren Verhältnissen und gute körperliche Pflege sind also als die wirksamsten Mittel bei der Bekämpfung unserer Krankheitsform anzusehen. Dies zeigt sich nun noch in ganz hervorragender Weise bei den namentlich früher zuweilen fast epidemisch auftretenden Häufungen hysterischer Krankheitsformen, in denen die geistigen Störungen dann eine hervorragende Rolle spielen können. Da Nachahmung und ungesunde erziehliche Einflüsse z. B. in Pensionaten auch heutzutage noch ähnliche Zustände hervorrufen können, ist es gut zu wissen, dass die Krankheitserscheinungen meistens sehr rasch zu schwinden pflegen, wenn man die Ergriffenen trennen und zerstreuen kann an weit auseinander gelegene Orte.

Zuweilen verbinden sich die in solchen Epidemieen auftretenden Krampferscheinungen mit solchen, die an Chorea erinnern; überhaupt kommen bei der Chorea psychische Störungen vor, die wieder darauf hinweisen, dass auch diese Neurose eine constitutionelle ist und das geistige Leben mit der Zeit tief schädigen kann. Doch sind die dabei vorkommenden Seelenstörungen zu verschiedenertig, als dass man bestimmte Krankheitsbilder mit Recht als choreatisches Irresein hinstellen könnte, wie hier und da geschieht; man muss sich vorläufig

noch begnügen, auf das Vorkommen von Psychosen neben Chorea aufmerksam zu sein. Jedenfalls aber scheinen viele der hierher gehörigen Fälle eine gewisse Verwandtschaft mit Seelenstörungen bei Hysterie oder Epilepsie zu haben; man wird geneigt sein, eine Begründung dafür in der nahen Aneinanderlagerung psychischer und motorischer Functionsgebiete in der Hirnrinde selbst zu suchen. Sollte sich zeigen, dass die bei einigen Fällen von Chorea gefundenen anatomischen Veränderungen in den Sehhügeln, allgemein als Grundlagen anzusehen sind, so würde die Abgrenzung choreatischer Krankheitsbilder allerdings mehr Berechtigung gewinnen.

G. Seelenstörungen mit Neurasthenie.

Chronische Formen.

In den beiden vorhergehenden Abschnitten wurden Seelenstörungen abgehandelt, die mit solchen constitutionellen Neurosen verbunden waren, bei denen Krampfanfälle besonderer Art eine wichtige Rolle spielen. Dieser Gruppe schliesst sich nun noch eine andere an, in der ausgebreitete Krampferscheinungen fast immer fehlen, aber eine grosse Reizbarkeit und Schwäche des gesammten Nervensystems die ganze Aufmerksamkeit des Kranken in Anspruch nimmt, so dass er zu einem beständigen Beobachter aller der vielseitigen Erscheinungen wird, die durch die Reizbarkeit und Schwäche seines Centralnervensystems und etwaige zufällige körperliche Erkrankungen anderer Art bedingt sind. Das Gebiet dieser mit Neurasthenie verbundenen Seelenstörungen zeigt sich als ein sehr umfangreiches und umfasst einmal viele Zustände, denen wir im allgemeinen Theil unter den Grenzzuständen des Irreseins begegnet sind, andrerseits den grössten Theil desjenigen Krankheitszustandes, den man als Hypochondrie zu bezeichnen pflegt. Der letztere Name hat nun im Laufe der Zeit nicht nur seine ursprüngliche Bedeutung ganz verloren, sondern mehrfach so verschiedene und theilweise willkürliche Erklärungen gefunden, dass man ihn besser nicht mehr als einen Sammelbegriff verwendet, sondern nur zur Bezeichnung einzelner Erscheinungen. Daher sind in diesem Buche auch die sonst vielfach gebräuchlichen Bezeichnungen einer hypochondrischen Melancholie oder Verrücktheit, eines hypochondrischen Irreseins überhaupt nicht angewandt worden.

Es würde eine Wiederholung der meisten Punkte der Ursachenlehre werden, wollte man hier auch die Ursachen der Neurasthenie aufzählen. Man möge im Gedächtniss behalten, dass sie angeboren sein und erworben werden kann. Viele ihrer Erscheinungen finden sich auch bei anderen einfachen und anderen Psychosen, je nachdem diese auf einer neurasthenischen Grundlage erwachsen sind. Hier aber müssen wir zuerst diejenigen ihrer Zeichen ins Auge fassen, die

eine gewisse Selbstständigkeit besitzen und dadurch zur Aufstellung eines besondern Krankheitsbildes geführt haben; natürlich können hier aber auch wieder nur solche Erscheinungen etwas näher gewürdigt werden, die innigere Verbindungen mit dem Ablauf **geistiger Vorgänge** besitzen.

Da erworbene Neurasthenie nach Hebung der Ursache bald wieder schwinden kann, auch im Wesentlichen dieselben psychischen Störungen bietet wie die angeborene, so wird sie zunächst mit dieser geschildert werden. Beide tragen also als Hauptkennzeichen an sich eine ausserordentlich leichte Anspruchsfähigkeit und überaus rasche Erschöpfbarkeit der Nerven- und Geistesthätigkeit.

Die mit der Neurasthenie verbundene Seelenstörung tritt nicht wie bei Epilepsie und Hysterie deutlich anfallsweise auf, und lässt sich auch nicht in ähnlicher Weise wie dort aus bestimmten Erscheinungen entwickeln, die sich wie dort an Anfälle anschlossen oder als deren Ersatz einstellen. Entwickelung und Verlauf sind hier langsamer und allmählicher, schleppen sich unter verhältnissmässig geringeren Schwankungen durch längere Zeiträume mit ausgesprochenen Krankheitserscheinungen. So mannichfaltig nun die Bilder dieser Krankheit im Einzelnen sein können, ein gemeinsames immer wiederkehrendes Zeichen ist das Gefühl gebrochener körperlicher und geistiger Kraft. Es ist nicht so zu verstehen, als ob beständig in jedem Augenblick ein deutliches Krankheitsgefühl vorhanden sei, denn namentlich in Augenblicken der Erregung sind die Neurasthenischen geneigt, alle möglichen äusseren Umstände für ihre reizbare Stimmung verantwortlich zu machen; nach verschwundener Erregung aber mit der wieder eintretenden allgemeinen nervösen Erschöpfung drängt sich das Gefühl des Krankseins und die Einsicht in den innern Zusammenhang von Stimmung und eigenem Verhalten wieder auf. Das Gefühl des Krankseins ist aber ein unabweisliches, nicht aus Ueberlegung und Vergleichen erschlossenes, sondern zwangsmässig sich aufdrängendes; darin besteht auch oft das Krankhafte des geistigen Verhaltens dieser Menschen, dass ihr Krankheitsgefühl oft kaum genügend, vielfach garnicht begründet ist durch andere Zustände des eigenen Körpers, dass mindestens kein Verhältniss zwischen ihnen besteht und daher die gesteigerte Aufmerksamkeit auf kleine Abweichungen im eigenen geistigen Geschehen sich als ein hervorragendes Zeichen des Krankheitszustandes kundgibt. Obwohl wir noch zahlreichen körperlichen Zeichen begegnen werden, die hier und da den Gesammtzustand begründen und ihm seine Richtung geben, so ist dieser Zusammenhang doch nicht die Regel, und es verdient das Eigen-

artige des unwiderstehlich sich aufzwingenden Krankheitsgefühls in den Vordergrund geschoben zu werden.

Versuchen wir nun auf geistigem Gebiet die gesteigerte Reizbarkeit und die nervöse Schwäche des Neurasthenikers gesondert zu betrachten, so zeigt sich bald, dass dies kaum möglich ist, da sie theilweise neben einander bestehen, theils unmerklich in einander übergehen. Die gesteigerte geistige Erregbarkeit kann sowohl eine zu starke als eine verhältnissmässig zu nachhaltige sein. Aber eine Mischung von Steigerung und von Verminderung der Erregbarkeit auf beschränkteren Gebieten ist unverkennbar. Dadurch kommt es in dem gesammten Verhalten dieser Menschen zu einem Mangel an Ebenmaß, das selbst durch eine zuweilen vorhandene grosse Selbstbeherrschung nicht verdeckt werden kann. Dies kann sowohl in höheren Gefühlen hervortreten, z. B. in übertrieben zärtlicher oder abweisender Zuneigung und Liebe zu Andern; oder in noch höherem Grade in der geringen Ausdauer geistiger Leistungsfähigkeit bei grosser Leichtigkeit der augenblicklichen Auffassung selbst schwieriger Denkvorgänge. Unverkennbar ist manchmal sowohl die erhöhte Reizbarkeit wie die grössere Schwäche und der Mangel an Ausdauer in periodischen Schwankungen, indessen sind diese unregelmässige, da natürlich äussere gelegentliche Anlässe bei der grossen Reizbarkeit die schubweise auftretenden inneren Veranlassungen verwickeln.

Bei verhältnissmässig kräftigen Naturen drängt sich naturgemäss die grössere Erregbarkeit in den Vordergrund, während die schwächeren die rasche Ermüdbarkeit und Erschöpfung deutlicher erkennen lassen. In diesem Zusammenhang bedeutet dann eine Abstumpfung der Reizbarkeit bei zunehmender Erschöpfbarkeit meistens auch geistigen Verfall, während beim Uebergang neurasthenischer Zustände in Genesung die Reizbarkeit schwindet bei steigender Ausdauer. Jedenfalls muss man es als ein Glück für solche Naturen ansehen, wenn ihre geistige Entwicklung eine langsame ist, da ein Ausgleich des neurasthenischen Grundzustandes dann am Ersten möglich ist; und in der That sieht man auch gerade, dass erblich Belastete dann am Schwersten und Heftigsten auf dieser Grundlage erkranken, wenn ihre geistige Erregbarkeit, die sie als Kinder klüger erscheinen lässt als ihrem Alter entspricht, Veranlassung dazu wird, dass sie zu früh und zu rasch mit Dingen bekannt und in Verhältnisse eingeführt werden, die sie auf die Dauer nicht ohne immer rascher zunehmende Erschöpfung ertragen können. Aus dieser allgemeinen Betrachtung ergibt sich daher schon hier die Wichtigkeit und

die Möglichkeit dem Uebel vorzubeugen und durch zweckmässige Leitung nicht nur die Steigerung des Leidens zu verhüten, sondern eine Kräftigung des Willens und Charakters zu erzielen. Dass man dabei die körperliche Gesundheit als wichtigstes Bindeglied ansehen und befördern wird, ist ein heutzutage zwar allgemein anerkannter, aber doch nicht immer genügend durchgeführter Grundsatz.

Indem wir noch einmal darauf kommen, dass eines der wichtigsten Merkmale der mit Neurasthenie verbundenen Seelenstörung die Art ist, wie das ganze Fühlen, Denken und Handeln des Kranken seine eigene volle Aufmerksamkeit erzwingt, wollen wir dem Zeichen des **Zwangsdenkens** in seinen Einzelheiten näher treten. Unter Zwangsdenken sollen die verschiedenen Arten verstanden werden, in der Vorstellungen, Gefühle und Antriebe zum Handeln sich dem Kranken unwiderstehlich aufdrängen und ihn überwältigen. Man kann daher auch von Zwangsempfindungen, Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen sprechen. Der Kranke hat die Herrschaft über seinen Bewussstseinsinhalt bis zu einem gewissen Grade verloren. Zunächst ihm selbst ganz unverständlich und überraschend quillt der Gedanke hervor, ohne jeden Zusammenhang mit dem übrigen gerade vorhandenen Denken, oder er schliesst sich unmittelbar an den Anblick gewisser ganz nebensächlicher Aeusserlichkeiten. Regelmässig ist dabei die Einsicht in die Störung, sowie ein oft äusserst peinliches Gefühl jenes Zwanges vorhanden; aber der Betroffene kann sich nicht willkürlich davon losmachen. Aus der Verknüpfung der genannten verschiedenen Arten zwangsweise auftretender Gedanken entstehen nun zahlreiche Krankheitsbilder.

Nur selten sind die **Zwangsvorstellungen** selbstständig, und drängt sich allein ein gedachtes und innerlich gesprochenes Wort auf, mitten aus geistigem Wohlbefinden oder wenn eine Erregung oder eine Aeusserlichkeit den Gelegenheitsanstoss abgibt. Bleibt eine Zwangsvorstellung einfach und selbstständig, so pflegt sie meistens nur einem Begriff, seltener einer inneren Anschauung zu entsprechen; ein einzelnes Wort schiebt sich immer wieder in das übrige Denken ein, der Begriff eines völlig ausserhalb der sonstigen Gedankenrichtung liegenden Gegenstandes, wie z. B. eines Abtritts, einer Unanständigkeit oder der Name einer Person, die sonst kein besonderes Interesse bietet, schiebt sich immer wieder in lästigster Weise vor. Das peinliche Gefühl dieses Zwanges kann nun natürlich auf gewöhnlichem psychologischen Wege Befürchtungen und Zweifel auslösen, ohne dass man diese als Zwangsvorstellungen bezeichnen wird; aber ohne solchen richtigen Schlussvorgang verbindet sich ein Zwangsgedanke zuweilen auch mit andern auf dem einmal eingeschlagenen Wege.

So ist ein häufiges Beispiel dieses Vorganges *sich verbindender Zwangsgedanken* die bei Neurasthenikern recht verbreitete Vorstellung einen Brief nicht verschlossen zu haben, die sie veranlasst, jedes Mal wieder nachzusehen, ob der auf den Schreibtisch gelegte Brief noch offen sei. Ist er unglücklicherweise schon zur Post besorgt, so taucht die Sorge auf, Andere könnten seinen Inhalt lesen, und nun treibt die Unruhe darüber zu weitern Nöthen und Gedanken; vielleicht sei dieser oder jener Ausdruck im Briefe verfänglich, es wird ein neuer Brief geschrieben, um den Empfänger aufzuklären und ihn um Entschuldigung zu bitten, und das quälende Spiel kann von Neuem beginnen trotz sorgfältigster Beaufsichtigung der Correspondenz. Bekannt ist auch die Vorstellung, die Thür oder ein Schloss nicht geschlossen zu haben, die zu immer wiederholtem Nachsehen und Wiederschliessen verleiten kann, trotzdem der Betreffende sich des meistens zwecklosen Verfahrens völlig bewusst ist und wohl sogar schämt. Diese oft nur als Eigenthümlichkeiten angesehenen Zwangszustände können sich bei den verschiedensten Beschäftigungen einstellen; der Gedanke, ein Licht nicht ausgelöscht zu haben, zwingt bei Nacht aufzustehen, ins Nebenzimmer zu gehen und nachzusehen, oder wenn dies nicht geschieht, schliesst sich die Furcht vor Feuer daran in quälendster Weise. Ueberhaupt hat die *Ausführung* einer solchen kleinen Handlung nach jenen Vorstellungen meistens etwas wenigstens im Augenblick *Erlösendes*. Thut der Kranke sich aber aus der Einsicht in die verkehrte Natur seines *Zweifels* heraus innerlich Gewalt an und unterlässt z. B. die Nachzählung eines gezählten Geldbetrages, wozu ihn sonst die Sorge, sich verzählt zu haben, in der Regel mehrere Male hintereinander geführt hat, so steigert sich der peinliche begleitende Affect, körperliche Gefühle lästiger Art treten hinzu: wie Zittern, Herzklopfen, Pulsbeschleunigung, Schweisse und Durchfälle. Daher zählt er denn das nächste Mal wieder zehn und zwanzig Mal nach, reisst den Umschlag von schon zugeklebten Briefen, um die Befürchtung zu heben, dass ihr Inhalt von ihm verwechselt sei. Es ist nicht möglich, alle die Besorgnisse zu schildern, die anknüpfen an irgend eine Aeusserlichkeit, die den Gelegenheitsanstoss gibt zu ihrem Entstehen, oder auch selbstständig auftauchen. Eine ziemlich häufige Erscheinung ist z. B. die *Furcht vor Berührung* von Thürgriffen und andern Dingen, an denen möglicherweise irgend ein Ansteckungsstoff hätte kleben können. Hier sieht man immer erneute Waschungen ausführen oder wie die Thürklinke vorm Anfassen abgewischt wird und Aehnliches. Der Gedanke, es könne ein Glassplitter, ein scharfes Knochenstück in der Speise,

eine Nadel in den Kleidern versteckt sein, verlangt die immer erneute Untersuchung darnach, trotz der durch die Erfahrung immer wieder gewonnenen Erkenntniss der Grundlosigkeit solcher Bemühungen, trotz des Anscheins von Lächerlichkeit, den der Untersuchende dadurch bei seiner Umgebung erweckt und auch selbst empfindet. Er kann nicht anders, der Gedanke ist da, unentrinnbar, er muss sich von seiner Grundlosigkeit immer wieder von Neuem überzeugen. Ein Anderer denkt plötzlich, er könne auf der Strasse seine Kleider beschmutzen, daran schliesst sich der Gedanke, der Schmutz könne seinen Körper berühren, den Ekel Anderer erregen, ihnen in die Speisen fallen; jetzt weicht er jeder Berührung mit dem Boden, den Wänden, mit andern Leuten aus, geht nur noch auf den Fussspitzen, bürstet und reibt unaufhörlich die Hände u. s. w.

Ist nun eine solche Berührungs- und Zweifelfurcht schon ein quälender Krankheitszustand, so sind die Zustände der Grübelsucht noch ärger, in denen sich in förmlichen Anfällen reihenweise, zwecklose Fragen in das Bewusstsein drängen (vgl. allg. Theil Seite 104). Dass bei diesem Grübeln und Fragen die allgemeine Richtung des Gedankenganges vorschlagend oft auf die letzten Gründe der höchsten und letzten Dinge aller menschlichen Erkenntniss gerichtet ist, sich auch oft nur in Begriffen bewegt, abgelöst von der Wirklichkeit, mag betont werden; seltener trifft man hier die uns sonst schon so bekannte Verbindung mit dem sexuellen Gebiet, am Ehesten dann, wenn sich körperliche Zwangsgefühle im Geschlechtsapparat dazu gesellen.

Damit nähern wir uns wieder dem Gebiet der hypochondrischen Beschwerden, die ja wesentlich von dem Bildungsgrade und den medicinischen Anschauungen des Kranken abhängen. Die bange Befürchtung, dass er im Beginne eines verhängnissvollen, schweren Leidens stehe, findet Anhaltspunkte genug zur Begründung dieser Anschauung in leichteren oder schwereren wirklich vorhandenen körperlichen Störungen oder lediglich in den nervösen Zuständen, die aus der neurasthenischen Grundlage hervorgehen. Die geäusserten Klagen spiegeln dabei auch besonders die gleichzeitigen medicinischen Theorien zurück und beziehen sich auf Modekrankheiten, denen sich auch das ärztliche Interesse gerade zuwendet. Herrschende Epidemieen sowohl, wie weit verbreitete chronische Krankheiten, von denen man viel liest oder hört, geben den Inhalt der Befürchtungen ab. Sowohl die Cholera und Influenza, wie Syphilis und Phthisis spucken in den Berichten dieser Neurastheniker; ein chronischer Rachenkatarrh wird zur beginnenden Schwindsucht,

ein leichtes Eczem zur Syphilis; jeder Erkältungszustand oder einfacher Kopfschmerz enthält die Vorboten der schweren Infection, an der der Kranke zu Grunde gehen muss. Diese hypochondrische, sich stets erneuernde und aufzwingende Sorge sucht sich meistens ein chronisches Leiden, welches eigenen und fremden Einwänden gegenüber am Längsten Stich hält; denn der Nachweis für die Grundlosigkeit einer Erklärung der Klagen kann die wirklich vorhandene nervöse Reizbarkeit und Widerstandslosigkeit nicht abweisen, und es quillt aus dem kranken Nervenleben von Neuem das peinliche Gefühl und die zwingende Vorstellung dieses oder jenes Leidens hervor. Diese Zwangsvorstellung beherrscht die Scene, während die zahlreichen anderen Erscheinungen in Folge der zu Grunde liegenden Belastung meistens dagegen zurücktreten.

Wo sie sich stärker vordrängen, wird man doch in der besondern Art des sich Aufdrängens bestimmter Vorstellungen den Grundzug erkennen. Dies zeigt sich auch darin, dass die durch die Zwangsvorstellung ausgelösten Gefühle nicht die Lebendigkeit und Dauer haben, die man wohl erwarten dürfte; und die Erkenntniss, dass sie nicht zutreffen, blickt bei dem Kranken selbst immer wieder durch und gewinnt Einfluss auf ihre Betonung. Darum ist die gesammte Gefühlsstimmung, so sehr sie im Einzelnen zu Missmuth, Verdriesslichkeit und Unzufriedenheit neigt, doch wieder eine sehr schwankende, führt zu unbegründeter Launenhaftigkeit und macht die Kranken unberechenbar; denn oft überraschen uns dann wieder freundliche Züge, unter denen ein thätiges Mitleid am Anziehendsten erscheint.

Da es schwer ist festzustellen, ob die im einzelnen Falle auftretenden **körperlichen Begleiterscheinungen** Ursachen oder Folgen des Grundleidens sind, so müssen wir sie als klinische Zeichen für sich erörtern, so wie sie uns entgegentreten. Allerlei neuralgische Gefühle, selbst Schmerzen sind häufig. Eine der verbreitetsten Klagen ist die über Kopfweh, sie erfährt die mannichfaltigsten Bezeichnungen und Umschreibungen, so findet sich das Gefühl der Eingenommenheit, der Schwere und Völle des Kopfes, eines Druckes, der den Kopf von Innen zu zersprengen droht oder von Aussen zusammenschnürt. Dies Gefühl ist zuweilen gleichmässig über den Kopf verbreitet, zuweilen betrifft es nur die Stirn oder das Hinterhaupt. Häufig ist ein Gefühl der Wallung und Hitze gleichzeitig vorhanden, und nicht selten ist es den Kranken, als werde ihr Kopf hin und herbewegt oder als fühlten sie darin drehende und wirbelnde Bewegungen. Ohne gerade zu Schmerz zu werden, sind die Gefühle

doch äusserst lästig, und dies um so mehr als gewöhnlich eine gewisse Behinderung des Denkens hinzukommt, die freilich in den Leistungen nicht so deutlich ist, als in der Vorstellung des Kranken. Zur geistigen Arbeit bedarf es einer grösseren Anstrengung als sonst, Zerstreutheit und Gedächtnißschwäche sind hinderlich. Die rasche Erschöpfung nach geistiger Arbeit steigert dann auch wieder die krankhaften Gefühle im Kopfe. Neuralgieen einzelner Kopfnerven sind seltener, aber doch recht oft finden sich umschriebene Empfindungen und Schmerzen, die gleichzeitig auf einer Ueberempfindlichkeit der Kopfhaut beruhen. So kann schon die Berührung des Kammes schwer erträglich sein; aber auch ohne sichtbare äussere Reize stellt sich ein Gefühl ein, als ob die Haut vom Schädel abgezogen würde, ferner die Gefühle von Brennen oder Kälte.

Mit diesen Gefühlserscheinungen verbinden sich nun meistens noch Reizerscheinungen in anderen Sinnesgebieten, die durchweg auf einer grossen Empfindlichkeit und Verschärfung in der Auffassung von äussern Eindrücken beruhen, selten als eigentliche Sinnestäuschungen auftreten. Lichtblitze, Ohrensausen sowie andere subjective Erscheinungen verschiedenster Art wechseln mit einander ab; eine grosse Ueberempfindlichkeit gegen Licht verursacht zuweilen recht grosse Beschwerden, besonders wenn sie begleitet ist von Anfällen, in denen Flecken und Funken das Gesichtsfeld erfüllen (Flimmerscotom.) Dahin gehören denn auch die Vorliebe oder Abneigung für gewisse Arten von Geruch und Geschmack; durch diese Empfindlichkeit berühren sich die Neurastheniker mit den Hysterischen, wie in manchen anderen Punkten. Sie leiden bei starken Geräuschen, aber auch schon bei leichteren, so dass ihnen sogar ihre eigene Stimme einen unerträglichen Lärm machen kann.

Mit solcher Reizbarkeit der Sinne verbindet sich nun auch nicht so selten eine grosse subjective Schwäche derselben, während die volle Seh- und Hörschärfe sich bei Versuchen ergeben. Es handelt sich eben wieder um rasche Ermattung, so dass das Gesichtsfeld verschwommen wird, das Aufhorchen ermüdet und nur undeutliches Hören mehr stattfindet. Diese Mischung von erleichterter Anspruchsfähigkeit und rascher Ermüdbarkeit findet sich in allen Sinnesgebieten und führt dadurch zu den buntesten Krankheitsbildern. Die gesammte Körpermuskulatur und die inneren Organe werden ferner von Gefühlen ergriffen, die sich durch die Kennzeichen der Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit als neurasthenische ausweisen. Daher hört man von diesen Menschen so oft die Klagen über Müdigkeit und Schwere in allen Gliedern nach geringfügigen

Anstrengungen; die Grenze des Uebergangs zu Schmerzgefühlen wird dabei oft überschritten. Es kommen gleichzeitig Gefühle des Einschlafens und Pelzigseins der Glieder hinzu, zu welchen sich Prickeln, Stechen und Ameisenlaufen in Händen und Füssen gesellt. Sehr verbreitet ist das Gefühl schmerzhafter Erschöpfung im Nacken, Rücken und Kreuz; es kann von selbst, bei Druck und bei Bewegungen auftreten; wo eine für Berührung schon deutliche Ueberempfindlichkeit der Wirbelfortsätze diese Gefühle begleitet, hat man den ganzen Zustand auch als Spinalirritation bezeichnet. Der Ort der Gefühle kann oft wechseln, sie können aber zu qualvoller Heftigkeit anwachsen und ein schweres Leiden sein. Man sieht übrigens leicht wie nahe sich auch diese Zustände mit manchen der Hysterischen berühren; auch bei diesen sind Muskel- und Hautschmerzen in mannichfachster Weise zu beobachten; beiden Krankheitsgruppen gemeinsam ist auch die peinliche Muskelunruhe, die in den Beinen als anxietas tibiarum zu einem der qualvollsten Krankheitszeichen werden kann. Hier und da sieht man auch eine starke Spannung dieses oder jenes Muskels, namentlich in den Beinen z. B. Wadenkrämpfe; allgemeine Krämpfe gehören nicht zu dem gewöhnlichen Zustande der Neurasthenie. Wichtig ist es, die fibrillären Zuckungen bei Neurasthenikern zu kennen, die ganz besonders häufig die Gesichtsmuskulatur betreffen; sie finden sich im ganzen Facialisgebiet, sind sehr lästig und beunruhigen den Kranken, in dessen Natur es so wie so schon liegt, sich selbst auf das Sorgfältigste zu beobachten. Es kann dies eine Zeichen unter Umständen ein entscheidendes sein, wenn es sich darum handelt, festzustellen, ob Dementia paralytica oder neurasthenische Störung vorliegt. Der Paralytiker bemerkt jene Zuckungen nicht, der Neurastheniker wendet ihnen seine ganze Aufmerksamkeit zu; ebenso folgt er mit Sorge leichten Sprachstörungen, namentlich einem häufigen Versprechen in der Erregung, das der Paralytiker garnicht beachtet.

Eine Schilderung der vielfachen hypochondrischen Klagen und Störungen der Verdauung würde hier zu weit führen; von den andern Organen rühren ebenfalls manche Erscheinungen bei Neurasthenikern: so sei erinnert an die Anfälle von trockenem nervösen Husten, an den gewaltigen Lufthunger unserer Kranken, die fanatisch sind in der Durchführung der Befriedigung des Bedürfnisses nach frischer Luft, so dass sie kalte Winternächte hindurch bei offenen Fenstern schlafen. Viel wichtiger ist aber noch für das Verständniss der ganzen Krankheit die Erörterung der Störungen an

den Blutgefässen und überhaupt am ganzen Kreislauf. Voranzustellen ist das nervöse Herzklopfen, welches so stark auftreten kann, dass der Kranke selbst den verstärkten Herzschlag fühlt und hört; meistens tritt dazu bald ein Gefühl von Angst und Unruhe, an das sich leicht hypochondrische Wahnvorstellungen schliessen. Es ist nun von grossem Interesse, dass diese Anfälle von Herzklopfen sich nicht so selten mit Erweiterung der linken Pupille verbinden, so dass man bei der Unterscheidung von Dementia paralytica auch diesen Grund für eine Differenz der Pupillen kennen muss; die Ungleichheit schwindet mit dem Herzklopfen und wird dadurch die Ansicht bestätigt, dass Herzklopfen und linksseitige Pupillenerweiterung auf Reizung des Nervus sympathicus zurückzuführen sind, in dessen Halstheil ja Fasern verlaufen, die den Musculus dilatator pupillae versorgen, während die durch Sympathicusreizung verengten Blutgefässe die Ueberfüllung des Herzens mit Blut und dadurch Herzklopfen vermitteln. Mit dem Nachlassen des Reizzustandes zeigt sich die Erschlaffung des Gefäßsystems in fliegender Hitze, Pulsiren und Klopfen im Kopfe, einseitiger Röthe und Schwitzen des Gesichts, während die Pupille sich wieder verengt. Lähmungen im Gebiete des Sympathicus kommen im Blutgefäßsystem überhaupt sehr oft bei Neurasthenikern vor; rasches Erröthen bei Ueberraschungen, beim Ansprechen oder bei Erwartungsaffecten gehört zu den peinlichsten Leiden der Neurastheniker, denen sie selbst durch die darauf gespannte Aufmerksamkeit immer neue Nahrung geben, ohne sich ihnen durch die grösste Anstrengung des Willens entziehen zu können; im Gegentheil wird das Eintreten des Erröthens dadurch nur erleichtert. Viele andere Einflüsse des sympathischen Nervensystems auf andere Muskelgebiete sind noch bekannt; hier wird nur hingewiesen auf die Lähmungszustände des Darms, die oft durch die Stimmung des Kranken hervorgerufen werden.

Die Beziehungen des Sympathicus zum Gefäßsystem führen nun aber noch zu einer andern Betrachtung. In grosser Ausbreitung können anfallsweise am ganzen Körper Hitze und Gefässklopfen auftreten. Diese Empfindungen sind äusserst quälend und aufregend, da sie sich auch auf innere Organe erstrecken, und die Kranken in peinvolle Unruhe versetzen. Schon an und für sich sind diese Zustände, die sich namentlich nach Gemüthsbewegungen einstellen als neurasthenische Zeichen wichtig und zeigen zugleich, dass das gesammte Centralnervensystem ein reizbares und rasch erschöpftes ist; ausserdem aber enthalten sie einen Hinweis für das Verständniss einiger eigenthümlicher Zustände, die bei Neurasthenikern beobachtet

werden. Wir wissen, dass das **Gefühl der Angst und Furcht** in der Regel von Reizzuständen und Lähmungen des Gefässsystems begleitet wird, und andrerseits ist es sicher, dass auch **Schwindelgefühle** in demselben Zusammenhang mit dem Gefäßsystem sich entwickeln. Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass wir auch durch Betheiligung des Sympathicus die verschiedenen Formen krankhafter Furcht erklären müssen, die sich bei Neurasthenikern finden; nur dadurch ist auch das Zwingende dieser Angstgefühle einigermassen verständlich, die niemals auf Sinnestäuschungen beruhen und auch nicht zu vollen Wahnvorstellungen ausgebildet werden. Doch darf nicht verschwiegen werden, dass der Beweis für diese Annahme nicht immer zu erbringen ist, weil sichtbare Begleiterscheinungen vom Gefäßsystem nicht ganz regelmässig vorhanden sind. Dass aber doch Gefäßschwankungen die Zustände vermitteln, geht daraus hervor, dass auch sie meistens mit mehr oder minder stark ausgebildeten Schwindelgefühlen verlaufen. Schon der allgemeinste Ausdruck eines solchen Furchtzustandes, die Befangenheit in ungewohnten Verhältnissen, ist niemals ganz frei von einem solchen Schwindelgefühl, das gelegentlich mit einer Ohnmacht endet.

Die nun zu erörternden Formen krankhafter Furcht werden in der Regel nach bestimmten Anlässen beobachtet. Die verbreitetste Form ist die Platzangst, die sich beim Betreten freier Plätze, in menschenleeren Strassen oder beim Alleinsein in einsamen Gegenden einstellt. Der Kranke wird plötzlich von der Angst befallen, die Kräfte würden ihn verlassen und er könne nicht weiter gehen. Dabei entsteht starkes Beklemmungsgefühl, Herzklopfen, Zusammenschnüren im Halse; kalter Schweiss mit Zittern und Schwächegefühl in den Beinen bricht aus. Kehrt der Kranke nun um oder erreicht er nach glücklicher Ueberschreitung des Platzes wieder eine seitliche Häuserreihe, so schwindet das Angstgefühl. Eine klare Vorstellung verbindet sich mit dieser Angst nicht, nur die unbestimmte Befürchtung einer drohenden Gefahr. Die Begleitung einer Person, auch wenn sie nur zufällig vorausgeht, genügt oft schon die Angst zu überwinden. Dieser Kranke geht um keinen Preis allein durch einen Saal, in dem er ohne das geringste Bedenken tanzt, oder er zittert wenn er einen Platz überschreiten will, über den er früher auf einem wilden Pferde geritten ist.

Unter ganz ähnlichen Erscheinungen tritt Höhenschwindel bei Kranken auf, schon wenn sie allein an einem etwas hoch gelegenen Fenster sitzen, während sie vielleicht in Begleitung gut an einem steilen Abhange stehen können. Das Gefühl der Hülflosigkeit zwingt dem Kranken, so lange er allein ist, auch das Gefühl der Angst auf.

Die Wiederholung steigert die Stärke der Anfälle in der Regel, und geht daraus hervor, dass die Furcht vor einer ähnlichen Lage ihr Eintreten erleichtert. Die geistige Reizbarkeit muss sich eben verbinden mit der Schwäche des Gefäßsystems, um ähnliche Zustände auszulösen. In diesem Zusammenhang stehen daher wahrscheinlich auch einige andere klinisch verwandte Zustände, wie die Furcht im Gedränge, im Theater oder Concertsaal, überhaupt die Furcht vor geschlossenen Räumen. Auch hier ist die Furcht seltener begleitet von Erklärungsversuchen, wie der Sorge vor der Gefahr des Verbrennens bei ausbrechendem Feuer, oder im Gedränge in Gefahr zu kommen, sondern sie ist allgemein und unbestimmt. Ist die Gelegenheit zum Furchtanfall vorbei, so lachen die Kranken wohl über die Thorheit; trotzdem vermögen sie bei erneutem Anlass dem Angstgefühl doch keinen Widerstand entgegenzusetzen. Es ist diese Furcht immer ein echtes Zwangsgefühl. Ein ähnliches Gefühl von Schwindel und Furcht kommt vor in hohen Hallen und Domen, deren Einsturz als drohende Möglichkeit, lebendig begraben zu werden, erscheint.

Hieran ist noch zu schließen die Erwähnung des Auftretens von **Zwangshandlungen**, soweit sie selbstständig ohne gedanklichen Zusammenhang mit Befürchtungen oder Wahnvorstellungen auftreten. Einzelne Mordthaten, Zerstörungen von Gegenständen, Diebstähle, Brandstiftungen, Befriedigungen des Geschlechtstriebes scheinen in dieser Weise erklärt werden zu müssen; doch möge man sich hüten, eine solche Annahme zu leicht zu machen, da sicher in vielen Fällen eine genauere Untersuchung die Entstehung solcher Handlungen aus Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen nachweisen lässt; wo diese aber fehlen, findet man auch meistens das ehrliche Bestreben des Kranken gegen den krankhaften Trieb anzukämpfen, der sein Leben in trostloser Weise verbittern kann und ihm selbst als etwas Unbegreifliches erscheint.

Haben wir nun im Vorstehenden auch eine ganze Reihe bestimmter geistiger Störungserscheinungen kennen gelernt, die sich mit Neurasthenie verbinden, so ist die **gesammte Veränderung** des geistigen Lebens doch nicht in dem Sinne, wie wir ein epileptisches und hysterisches Irresein anerkannten, als neurasthenisches Irresein anzusehen; denn die einfache Neurasthenie führt an und für sich nicht zu dauernden oder fortschreitenden selbstständigen Störungen, die wie dort mit verschieden hohen Graden des Blödsinns zu enden pflegen. Jedenfalls beschränkt sich die Ausbildung einer neurasthenischen Psychose, für die wir eine gewisse **Selbstständigkeit** in Anspruch nehmen müssen, auf die Anfänge einer solchen; sie ist dann aber kaum

zu unterscheiden von andern Psychosen, die auch fast alle mit den Zeichen der Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit zu beginnen pflegen; es ist nur festzuhalten, dass verschiedene Formen geistiger Störung wie Manie, Melancholie, Paranoia und Dementia paralytica ein besonderes Gepräge zeigen, wenn sie sich auf dem Boden der Neurasthenie entwickeln. Darnach könnte es richtiger erscheinen, unsern ganzen Abschnitt in die allgemeine Zeichenlehre zu verweisen, wenn nicht die psychischen Begleiterscheinungen der Neurasthenie klinisch so wichtig wären, sowohl durch ihre Verwandtschaft mit Hysterie und Dementia paralytica, wie ihre Unterschiede von jenen Krankheiten. Auch ist es eine sichere Thatsache, dass jene Psychosen, ohne eine Spur von Neurasthenie unter ihren Vorboten entstehen können. Ausserdem ist die Mischung von ausgeprägten Krankheitserscheinungen und deutlicher Krankheitseinsicht ein Merkmal der mit Neurasthenie verbundenen Seelenstörung, welches sie kennzeichnet vor vielen andern, und in der zwangsweisen Aufdrängung der geistigen Vorgänge den Kranken selbst am Meisten auffällt, ohne dass Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen dabei eine andere, als eine zufällige Rolle spielten. Vor einer Erörterung über die berührten Unterschiede müssen wir noch Einiges von den Ursachen und dem Verlauf der Neurasthenie und der mit ihr verbundenen psychischen Störungen kennen lernen.

Wir können unter den **Ursachen** der Neurasthenie und der mit ihr verbundenen Seelenstörungen so ziemlich allen Ursachen begegnen, die wir als solche für die Entstehung von Geistes- und Nervenkrankheiten überhaupt kennen; als allgemeiner Ausdruck für sie alle gilt dann bei der Entwicklung die Erschöpfung des ganzen Nervensystems. Die Bedeutung der erblichen Belastung kennen wir schon zur Genüge; wir müssen hier nun noch einen Blick werfen auf eine andere Ursache, oder wenn man will Veranlassung zum Ausbruch von Neurasthenie, da meistens eine Veranlagung besteht und nur selten ein ganz rüstiges vollwerthiges Nervensystem durch erschöpfende Einwirkungen dauernd neurasthenisch und minderwerthig wird. Dies ist die geistige Ueberanstrengung, besonders wenn sie mit dem Gefühle der Verantwortung in einer einflussreichen Stellung verbunden ist, d. h. also eine Ueberanstrengung des Intellects und des Gemüths ist. Daher sind hochgestellte, begabte und lebhafte Männer der Gefahr der Erkrankung besonders ausgesetzt; in andern Lebenslagen überwiegt das weibliche Geschlecht wohl wegen seiner grösseren gemüthlichen Erregbarkeit und geringeren Widerstandsfähigkeit. Indessen schon in früher Jugend bringt die

Schule durch Ueberbürdung der Schüler manche Gefahren mit sich, wobei man aber bedenken möge, dass die Erziehung im Hause häufig ebenso schädlich wirkt. In der Pubertätszeit dient dann eine zu frühe Reizung des Geschlechtstriebes, die zu masslosem Masturbiren führen kann, zum raschen Auftreten nervöser Erschlaffung und Erschöpfung. Der Einfluss des Geschlechtslebens ist zuweilen durch erschöpfende Blutverluste, gehäufte Geburten vermittelt, tritt aber unmittelbar wieder darin zu Tage, dass Fälle von Neurasthenie sich im Klimacterium wieder häufen. Auch die senile Involution kann noch im Greisenalter bei vorher gesunden Personen volle Krankheitsbilder zeitigen. Wenn sonach kein Lebensalter von der Krankheit verschont wird, so ist doch durch die äusseren Lebensverhältnisse, die Beschäftigung und den Beruf das mittlere Lebensalter am Meisten gefährdet. Sitzende Lebensweise begünstigt die Entwickelung, daher findet man sie so häufig bei Bureaubeamten, Schreibern, Kaufleuten und Gelehrten. Andrerseits aber führt auch ein überhastetes, unregelmässiges und ausschweifendes Leben ohne die ausreichende Erholung durch Ruhe und Schlaf rasch zur Neurasthenie. Jedenfalls ist Schlaflosigkeit nicht nur ein auffallendes Zeichen der Neurasthenie, sondern gehört zu ihren wichtigsten Ursachen; es wird sich aus dieser Thatsache auch die grosse Bedeutung ergeben, die Erzielung des Schlafes bei der Behandlung der Krankheit hat.

Erschöpfende Krankheiten aller Art, acute und chronische, bei denen die Blutbildung leidet und der allgemeine Kräftezustand herabgesetzt wird, dienen zur Entwicklung neurasthenischer Zustände; diese Ursachen treten um so zweifelloser als solche hervor, wo sie vollwerthige Personen betreffen, während sie bei Minderwerthigen immer nur den Anstoss geben zur Weiterentwicklung schon vorhandener Anfänge. Oft aber ist es auch dann nicht leicht, eine erworbene allgemeine Nervenschwäche von einer angeborenen gut zu unterscheiden.

Der **Verlauf** der Seelenstörungen mit Neurasthenie ist ein äusserst mannichfaltiger und selten ein gleichmässiger; im Allgemeinen entwickeln sie sich langsam und schleichend, seltener treten sie im Anschluss an erschöpfende Erkrankungen plötzlich und heftig auf. Die Schwankungen im Verlauf sind meistens nicht äusserlich begründet, wenigstens ist es schwer solche Anlässe im Einzelnen festzustellen; Besserung tritt oft ebenso überraschend plötzlich ein, wie Verschlimmerung. Wenn daher auch durch Ablenkung der Aufmerksamkeit, erheiternde Eindrücke, vernünftiges Zureden, in geeigneten Augenblicken sogar durch ernste Zurechtweisungen ein rascher Nachlass zu Stande gebracht werden kann, so ist doch die eigenthüm-

liche Reizbarkeit des Nervensystems dabei die Hauptsache. Daher genügt auch oft ein Wort, oder ein Anblick, um eine Verschlimmerung einzuleiten. Dass durch Zunahme oder Abnahme leichter, wirklich vorhandener Beschwerden, die hypochondrische Stimmung ebenso wesentlich nach der guten und schlechten Seite neigen kann, ist ja eine Beobachtung des täglichen Lebens, die schon bei Gesunden angedeutet ist. Der Einfluss der Witterung ist ein sehr mannichfaltiger und in jedem Falle abweichend von einem andern; jedenfalls ist er unberechenbar nach bestimmten Regeln, und nur durch Beobachtung des Einzelfalles festzustellen und für die Behandlung zu verwerthen. Der Nachlass aller Erscheinungen kann zeitweilig ein so bedeutender sein, dass die Krankheit Monate, selbst Jahre lang nicht nachweisbar ist. Meistens erkennt man aber aus der raschen Wiederkehr bei geringfügigen Anlässen, dass keine vollständige Wiederherstellung stattgefunden haben konnte. Doch ist sicher in manchen, wenn auch bei Weitem der geringern Zahl von Fällen, nach Monaten oder Jahren eine völlige Genesung vorhanden. Die **Dauer** des Leidens reicht in der Mehrzahl der Fälle aber doch bis ans Lebensende; niemals darf man Hoffnung erwecken auf eine sehr rasche dauernde Besserung.

Die **Prognose** einer mit Neurasthenie verbundenen Seelenstörung ist demnach zusammengesetzt aus dem Urtheil über den wahrscheinlichen Verlauf der zu Grunde liegenden nervösen Reizbarkeit und Schwäche, sowie über die Form der besondern damit verbundenen Psychose, da wir ein selbstständiges neurasthenisches Irresein nicht anerkennen können. Günstiger wird die Prognose nach Vorstehendem bei nachweisbaren äusseren Schädlichkeiten, während eine erbliche Belastung für das Leben zu bleiben pflegt. Fälle, in denen Zwangsgefühle vorkommen, darf man etwas günstiger ansehen als solche mit Zwangsvorstellungen, nach dem allgemeinen Gesetz, dass psychische Störungen um so günstiger verlaufen, je deutlicher begleitende Affecte in den Vordergrund der Erscheinungen treten, während Abweichungen vom gewöhnlichen Gange der Vorstellungen ohne Affecte, dauernde Störungen zu werden geneigt sind. Dass die Neurasthenie an und für sich nicht zum Blödsinn führt, möchte ich hervorheben, während natürlich jede auf neurasthenischer Grundlage erwachsende Psychose diesen **Ausgang** nehmen kann, wenn es zu ihrem Wesen gehört. Es ist auch ein etwaiger Selbstmord bei einem Neurastheniker möglicherweise ein Ausfluss von melancholischen oder verrückten Wahnvorstellungen, indessen ist es nicht so selten, dass er durch Zwangsvorstellungen oder auf dem so zu sagen natür-

lichen Wege zu Stande kommt, der bei der Ueberlegung der Unerträglichkeit des Leidens eingeschlagen wird.

Die sichere **Diagnose** der Neurasthenie als Grundlage einer zu Tage tretenden psychischen Störung kann nun für den praktischen Arzt von ganz ausserordentlicher Wichtigkeit werden, besonders in zwei Richtungen. Erstens gilt es zu unterscheiden, ob die Vorboten irgend einer anderen schweren Erkrankung des Centralnervensystems, besonders des Gehirns, sowie einer Psychose überhaupt vorliegen, oder ob die psychischen Erscheinungen sich erklären lassen aus einer allgemeinen Schwäche und Reizbarkeit des Nervensystems; zweitens aber soll man sich entscheiden, ob das vorliegende Leiden nicht vielleicht auch eine Dementia paralytica sein kann.

Im ersteren Falle wird man sich namentlich durch die Beobachtung leiten lassen, dass die traurige Verstimmung der beginnenden Psychosen eine festere, nicht so leicht durch äussere Anregung zu beseitigende ist. Sehr schwierig kann es lange Zeit sein festzustellen, ob die beobachtete Reizbarkeit und Nervenschwäche selbstständig oder nur die Vorläufer einer organischen Erkrankung des Centralnervensytems sind, wie dies namentlich bekannt ist bei Herderkrankungen des Gehirns, aber auch bei diffuser Sclerose und verwandten Vorgängen, bei Meningitis und endlich bei der Tabes. Hier kann natürlich nur eine längere Beobachtung und Feststellung dauernder Lähmungen, sowie die Beachtung vieler Einzelheiten jener Krankheitsbilder die Entscheidung bringen. Ebenso muss man die nur durch eine selbständige Neurasthenie verursachten Beschwerden zu unterscheiden versuchen von denjenigen, welchen bestimmte körperliche Veränderungen anderer Organe zu Grunde liegen, damit man bei der Behandlung diese zuerst ins Auge fasst und die nervöse Reizbarkeit und Schwäche als eine Begleiterscheinung bekämpfen kann.

Am Wichtigsten aber ist die Unterscheidung der Neurasthenie von einer beginnenden paralytischen Seelenstörung. Den Grundzug für die Unterscheidung verschafft die zum Blödsinn fortschreitende Schwäche des Urtheils, während die geistige Schwäche des Neurasthenikers eine leichte Ermüdbarkeit ist, ohne die Beurtheilung anderer, ja selbst der eigenen Verhältnisse wesentlich zu erschweren, sobald sie sich nicht auf die Zustände des eigenen Körpers bezieht. Doch selbst im letzteren Falle beachtet der Neurastheniker die Veränderungen in seinem eigenen Körper und Wesen genau, ja wie wir sahen mit krankhafter Aufmerksamkeit, während der Para-

lytiker nicht darauf merkt, sondern häufig gerade durch diesen Gegensatz zwischen seiner gehobenen Stimmung und dem wirklichen Verhalten seine Urtheilslosigkeit an den Tag legt. Dadurch erweist sich der Paralytiker bald unfähig zur Ausübung seines Berufes, während der Neurasthenische ihn meistens tadellos erfüllen kann, ja sich oft sogar durch eine peinliche Sorgfalt und Pflichterfüllung auszeichnet. Beispielsweise sehr deutlich kann der Unterschied der Beachtung etwaiger Sprachstörungen sein, die im einen Falle Gegenstand grösster Befürchtungen werden können, wie Furcht vor Dementia paralytica, die beim wirklichen Vorhandensein dieses Leidens aber meistens garnicht empfunden werden oder doch keine Sorgen erregen und dem Kranken nur als nebensächliche Kleinigkeiten erscheinen. Die sonstigen motorischen Störungen im Anfang der Paralyse, wie die engen und verschieden weiten Pupillen können ja auch bei Neurasthenischen vorkommen, sind aber doch seltener und nicht so andauernd; ebenso steht es mit Zittern der Hände und Beine. Von einem gewissen Werthe ist auch die Beobachtung, dass Zwangsdenken in dem oben geschilderten Sinne bei Paralytischen nicht vorkommt. Wenn Wahnvorstellungen bei einer Paranoia auf neurasthenischer Grundlage erscheinen, muss man die früher angegebenen Unterscheidungsmerkmale zwischen Paranoia und Dementia paralytica heranziehen, um die letztere Erkrankung auszuschliessen. Eine Verwechslung der Paralyse mit Neurasthenie ist weiter bei vorgeschrittener Dementia kaum mehr möglich, und z. B. paralytische Krampfanfälle können mit einem Schlage jeden Zweifel beseitigen. Den Hauptwerth muss man aber auf die Züge der intellectuellen Schwäche legen, die sich dazu noch oft mit Abstumpfung ethischer und ästhetischer Gefühle verbindet, was bei einem Neurastheniker kaum je der Fall ist.

Die ausführliche Erörterung der **Behandlung** der Neurasthenie als solcher gehört nicht eigentlich in ein Lehrbuch der Psychiatrie, weil sie zu innig verknüpft ist mit anderen Erkrankungen des Nervensystems und so vielfache Berührungspunkte mit Erkrankungen anderer Organsysteme aufweist, dass es hier unmöglich sein würde, auch nur das Hauptsächlichste zu bringen. In dem allgemeinen Theil wird man übrigens manche Winke finden können, die auch für die Verhütung und Behandlung der einfachen Neurasthenie von Werth sind. Die eigenthümlichen Zustände von Zwangsdenken in den mit Neurasthenie verbundenen Psychosen sind keiner psychischen, etwa dialektischen Behandlung mit Erfolg zugänglich, wie man schon daraus schliessen kann, dass die Kranken selbst sich immer von

Neuem wieder nutzlos mit Einwänden quälen. Nur das Eine möge bemerkt werden, dass sogenannte Zerstreuungen, wenn sie ohne Anstrengungen verbunden sind, einem Neurastheniker nützlich sein können; er verträgt oft besser eine Reise als den Aufenthalt in einer Anstalt, ein Heilmittel wird sie aber auch für ihn selten. Wo sich die Neurasthenie mit ausgesprochenen chronischen Seelenstörungen verbindet, muss die Behandlung sich jedenfalls ganz vorzugsweise gegen diese wenden.

Acute Formen.

Während die eben beschriebenen chronischen Formen der Neurasthenie und der mit ihnen verbundenen Seelenstörungen bei weitem der Mehrzahl nach auf erblicher Grundlage entstanden, sollen hier noch einige acut auftretende geschildert werden, die immer nur erworben werden durch bestimmte Ursachen, an die sie sich auch zeitlich unmittelbarer anschliessen. Es sind dies **Erschöpfungszustände** des Nervensystems, bei denen die Betheiligung der geistigen Vorgänge ganz in den Vordergrund tritt. Sie vermitteln den Uebergang zu der folgenden Gruppe der Vergiftungen, in denen die schädliche Ursache sogar noch im Augenblick der Krankheitserscheinung fortwirkend gedacht wird. Die verwandtschaftliche Beziehung zu ihnen findet auch darin ihren Ausdruck, dass man einige dieser Erschöpfungszustände, die als **Fieberdelirien** bezeichnet werden, auf den ursprünglichen Einfluss organisirter Gifte zurückführt; ja es kann zweifelhaft sein, wie wir in der allgemeinen Ursachenlehre erfuhren, ob einzelne der geistigen Störungen in Infections-Krankheiten nicht allein und unmittelbar durch ein solches Gift entstehen, während der erhöhten Temperatur dann kein Einfluss zugeschrieben wird. Auf der andern Seite ist es aber doch auch wieder zweifellos, dass bei länger bestehenden erschöpfenden Allgemeinkrankheiten ziemlich plötzlich Fieberzustände beobachtet werden, die allein aus der Reizbarkeit des erschöpften Nervensystems zu erklären sind. Vielleicht wirken dabei aber doch diejenigen Gifte, die der eigene Körper besonders bei krankhaften Stoffwechselvorgängen erzeugt, also chemische; man denke z. B. nur an Uraemie. Diese Zustände sind hier aber weniger gemeint als solche, die sich nach Ablauf der eigentlichen, vielleicht meistens durch organisirte Gifte hervorgerufenen Infection einstellen. Dies kann schon am Schluss einer erschöpfenden fieberhaften Krankheit der Fall sein, aber auch erst etwas später, wenn mit dem Ab-

fiebern die Erschöpfung deutlicher hervortritt. Es müssen auch solche Zustände gleichzeitig ins Auge gefasst werden, bei denen in Folge **mangelhafter Ernährung,** wie bei Einsiedlern, bei Schiffbrüchigen und gelegentlich wohl auch bei Gefangenen die nervöse Erschöpfung durch die schlechte Blutmischung vermittelt wird. Verwandt mit diesen Zuständen ist endlich noch das Delirium Sterbender.

Die Abspannung nach schlaflosen Nächten, begleitet von schweren Sorgen und Kummer, aber auch nach übertriebener geistiger Thätigkeit kann Ursache der acuten Neurasthenie sein, in der dämmerartige Benommenheit des Bewusstseins die Grundlage der psychischen Störung in verschieden hohem Grade auszumachen pflegt. Es besteht dabei die Unfähigkeit, sich in den Eindrücken der Umgebung, wie in den eigenen Vorstellungskreisen zurecht zu finden. Der Kranke befindet sich in einem Zustande völliger Rathlosigkeit und geräth darüber in Unruhe, wird ängstlich, da alle äussern Eindrücke für ihn etwas Unheimliches gewinnen. Entsprechend werden auch die Reden des Kranken, im Allgemeinen erscheinen sie verwirrt, und hat man darnach den ganzen Zustand auch als **asthenische Verwirrtheit** beschrieben. Die verwirrte Angst führt nun gelegentlich zu traumhaft verkehrten Handlungen, die eine unverkennbare Aehnlichkeit mit Handlungen haben, welche auf epileptischer Grundlage entstehen; diese Aehnlichkeit wird klinisch dadurch noch um so wichtiger, dass nach der That meistens ein mehr oder weniger grosser Erinnerungsmangel vorkommen, der zuweilen eine völlige Bewusstseinspause voraussetzt. Der beste Beweis dafür, dass eine Erschöpfung des Gehirns den Zustand bedingt, liegt dann darin, dass die Wiederherstellung eine rasche und vollständige ist, sobald es gelingt Schlaf und bessere Ernährung zu verschaffen. Diese so wichtige Thatsache, dass durch Schlaf oder reichliche Nahrungszufuhr auch der Gefahr geistiger Erschöpfung schon vorgebeugt werden kann, ist ja allgemein bekannt. Dass durch Verbindung mit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen Krankheitszustände entstehen können, die dann anderen Formen von Psychosen entsprechen, braucht nur angedeutet zu werden; sie gehören aber nicht nothwendig zu der hier erörterten Hirnerschöpfung. Gelingt es, den Kranken in geordnete Verhältnisse zu bringen, namentlich ihm ausgiebigen Schlaf zu verschaffen, so pflegt er sich meistens auch in diesen Fällen innerhalb einiger Wochen völlig wieder zu erholen. Der Uebergang in Blödsinn ist selten, häufiger noch der Ausgang in den Tod durch fortschreitende körperliche Erschöpfung.

Der Zusammenhang mit der körperlichen Erschöpfung ist noch deutlicher in den Formen acuter Neurasthenie, die sich unmittelbar an starke Blutverluste, schwere Wochenbetten und andere erschöpfende Krankheiten anschliessen. Gewöhnlich pflegen dann Sinnestäuschungen etwas mehr in den Vordergrund zu treten. Von ihnen hängt auch die Verwirrtheit und ängstliche Stimmung ganz wesentlich ab, die nicht selten zu plötzlichen Gewaltthaten, namentlich Selbstmord und ganz unvermuthetem blinden Fortlaufen führt. Diese Zustände dauern in der Regel nur wenige Tage und pflegen ebenso plötzlich zu enden wie sie beginnen; indessen kann sich doch darüber hinaus noch längere Zeit eine grosse Reizbarkeit und Gedächtnißschwäche erhalten. Die Gefahr besteht in dem plötzlichen Zusammenbruch der Kräfte, den man durch Reizmittel, starken Wein, Grog, Kampfer, durch Schlafmittel und zweckmässige Ernährung hintanhalten wird.

Endlich sind acute Erschöpfungszustände ähnlicher Art noch zu erwähnen, die sich an **geschlechtliche Ausschreitungen** aller Art anschliessen; die Verbindung religiöser Wahnvorstellungen und widriger Geruchstäuschungen beherrscht auch hier wieder das klinische Bild, ein Zusammenhang, den wir schon mehrfach mit dem Geschlechtsleben erwähnen mussten. Der Verlauf auch dieser Form ist ein günstiger, wenn es gelingt, nach Beseitigung der Ursachen den allgemeinen Kräftezustand zu heben.

H. Durch Vergiftungen bedingte psychische Störungen.

Im letzten Abschnitt wurde schon das Vorkommen geistiger Störungen besprochen, die durch das Eindringen organisirter Gifte bei ansteckenden fieberhaften Krankheiten entwickelt werden, wobei aber den chemischen Stoffwechselvorgängen, insbesondere soweit sie durch die Erhöhung der Temperatur bedingt sind, eine nicht genau abzugrenzende Betheiligung zugewiesen werden musste. Davon getrennt verlangen nun diejenigen psychischen Störungen, welche bedingt sind durch von Aussen in den Körper eindringende Gifte, eine etwas eingehendere Betrachtung. Die Abgrenzung dieser Störungen, allein nach dem Merkmale der Ursache, ist beizubehalten, weil es allgemein aus praktischen Gründen gebräuchlich ist, dies zu thun, und weil der Zusammenhang von Ursache und Wirkung hier oft ein zweifelloser und eindeutiger ist; obwohl natürlich auch andere Ursachen von Einfluss sein können für die Entwicklung der Krankheitsbilder, so pflegen sie für die klassischen Erscheinungen doch nur von nebensächlicherer Bedeutung zu sein. Diese Eindeutigkeit ist am deutlichsten bei acut wirkenden Vergiftungen.

Man wird in einem Lehrbuch der Psychiatrie natürlich keine ausführliche Schilderung der zahlreichen verschiedenen Intoxicationen erwarten, um so weniger als die dabei vorkommenden geistigen Störungen meistens nur als nebensächliche Erscheinungen vorkommen, überhaupt auch acute Vergiftungen verhältnissmässig selten auffällige psychische Störungen mit sich führen. Und doch wird der praktische Arzt zuweilen in die Lage versetzt, ohne Kenntniss der ursächlichen Vergiftung diese erschliessen zu müssen aus ihren psychischen Zeichen allein. Um dies klarzustellen, sollen einige der wichtigeren Thatsachen erörtert werden, soweit sie nicht schon früher in der allgemeinen Ursachenlehre oder bei Besprechung der Behandlung mit Arzeneimitteln auseinandergesetzt worden sind.

Es handelt sich um solche Zustände, die sich entweder nach **einmaligen schweren Vergiftungen** bilden oder nach längerem immer wiederholtem Gebrauch schädlicher Stoffe. Unter beiden

Formen wird uns ganz besonders der Einfluss des Alcohols beschäftigen. Es gibt aber noch einige andere rasch auftretende Vergiftungen, bei denen auffallende psychische Veränderungen stattfinden. Nach einer **Kohlenoxyd**vergiftung, wie sie bekanntlich im Kohlendunst häufig ist, stellt sich nach Ueberwindung der durch eine kurze aber qualvolle Seelenangst oder Lustgefühle eingeleiteten Bewusstlosigkeit, noch Tage lang ein Zustand von Unbesinnlichkeit und Verwirrtheit ein, der ohne Kenntniss der Vorgeschichte des Krankheitsfalles schwer von andern ähnlichen Zuständen zu unterscheiden ist. Bemerkenswerth ist indessen das Fehlen von Sinnestäuschungen, auch pflegt ein heftiger Kopfschmerz sehr aufzufallen. Während der vollen Bewusstlosigkeit muss man sich an die sonstigen Vergiftungserscheinungen halten, wie natürlich alle rauschartig wirkenden Gifte in der Bewusstseinspause nur an anderen Begleiterscheinungen kenntlich sind. Die Kenntniss dieser, auch sensibler und motorischer Störungen lehrt die Toxikologie.

Wenn in dem Zustande der Benommenheit, den die sogenannten **Anaesthetica** erzeugen, psychische Aeusserungen in Form von Delirien zur Beobachtung kommen, so sind diese in der grossen Mehrzahl der Fälle heiteren Inhaltes, zuweilen mit sexueller Färbung, wie beim Stickoxydul; sie erinnern dadurch dann auch an die acuten Rauschzustände nach dem Genuss von Opium und Haschisch. Phantastische Sinnestäuschungen sind gleichzeitig sehr verbreitet.

Die höheren geistigen Thätigkeiten leiden um so auffälliger, je häufiger das Giftmittel wirkt. Unter den Anaestheticis ist in diesem Sinne noch der **Schwefelkohlenstoff** zu besprechen. Nach einigen Vorboten unbestimmterer Art, wie drückenden Kopfschmerzen, einem Gefühl von Schwindel und Betäubung, entwickelt sich nach einigen Wochen der Einwirkung des Giftes ein mehr oder weniger deutlicher Aufregungszustand. Die Befallenen werden auffallend munter, gesprächig und reizbar und entwickeln einen starken Geschlechtstrieb, zuweilen auch einen unersättlichen Appetit. Bald tritt dazwischen vorübergehend eine trübe Stimmung; dann nimmt bei Vielen das Gedächtniss deutlich ab, bis zur Unbesinnlichkeit, und gleichzeitig wird die Sprache lallend, die Zunge schwer beweglich. Sehschwäche und Ohrensausen sind weitere Beschwerden. Wenn man dazu noch die zuweilen auftretenden Krämpfe und fibrillären Zuckungen in verschiedenen Muskeln rechnet, die selten ganz vermisst werden, wobei auch eine grosse allgemeine Muskelschwäche in die Augen fällt, so lässt sich nicht in Abrede

stellen, dass manche Züge in einem solchen Krankheitsbilde Anklänge an die Dementia paralytica progressiva zeigen. Man wird daher in Gegenden, wo Kautschukfabriken bestehen, diese Möglichkeit ins Auge zu fassen haben, und dann durch dauernde Entfernung des Kranken aus dem ihm schädlichen Berufe Verschlimmerungen und Wiedererkrankungen zu verhüten im Stande sein.

Paralyse ist auch die Form geistiger Störung, die bei Vergiftungen mit den **Metalloiden** Jod und Brom in Betracht kommen kann. Etwas Aehnliches gilt auch von der Encephalopathia saturnina, sowie den Quecksilberpsychosen. Hier mag auch erinnert sein an die heftigen Delirien bei acuter Phosphorvergiftung. Doch es kann nicht die Absicht sein, hier alle diese ursächlichen Momente und ihre klinischen Zeichen weiter zu entwickeln; ebensowenig darf eine Schilderung der psychischen Störungserscheinungen bei Vergiftung mit den verschiedenen Narcoticis durchgeführt werden; einen kurzen Blick müssen wir zwar noch auf die Wirkung des Morphiums werfen, ehe wir an die wichtigste hier gesetzte Aufgabe, die Betrachtung des Alcoholismus treten; diese beiden Intoxicationen sind eben wegen ihrer praktischen Wichtigkeit aus dem Rahmen der Psychosen herausgenommen, obwohl auch bei ihnen keine andern Elementarstörungen als dort vorkommen, nur sind sie durch die Ursache in eine bestimmte, leicht kenntliche Richtung gedrängt.

Der **Morphinismus** oder die Morphiumsucht ist unter demselben Gesichtspunkt wie der Alcoholismus zu betrachten als Folgezustand des **wiederholten Missbrauches** eines **Genussmittels,** dessen Aussetzen dann wieder so unangenehme Gefühle und Functionsstörungen hervorruft, dass die wegen ihrer Unterdrückung erneute und übertriebene Anwendung des Mittels zur Entwickelung seiner giftigen Eigenschaften führt. Ursprünglich zwar wird das Morphium, im Gegensatz zum Opium im Orient, bei uns höchst selten als Genussmittel genommen, sondern in der Regel wird es ärztlich verordnet gegen zufällige kleinere oder grössere mit Schmerzen verbundene Leiden. In Form einer Einspritzung unter die Haut wirkt es ja dann so völlig schmerzstillend, und dadurch zugleich beruhigend und schlafbringend, dass alsbald der Wunsch auftaucht, diese Wirkung für sich zu geniessen, um so mehr, als sich mit ihr häufig Träume mit angenehmem Inhalt in bunten, wechselnden Bildern einstellen. In Augenblicken der Erschlaffung angewandt, führt das Morphium dann rasch eine grössere Leistungsfähigkeit und ein allgemeines Gefühl des Behagens mit sich; dadurch wird es dann allmählich zu einem Genussmittel, und zwar einem unentbehrlichen; aber um den gewünsch-

ten Erfolg zu erzielen, muss eine ursprünglich kleine Menge bald gesteigert werden; aus Decigrammen werden dann sogar Gramme, von denen der Morphiumsüchtige selbst 2 und 3 an einem Tage gebraucht. Die auffallende Häufigkeit mit der Aerzte oder deren Frauen Morphiumeinspritzungen vornehmen, zeigt wie abhängig wir dabei von zufälligen Gelegenheiten sind, die den Gebrauch des Mittels erleichtern. Daraus mag man die Lehre ziehen, als Hausarzt wenigstens seinen Patienten niemals die Morphiumspritze in die Hand zu geben, und sie bei sich selbst nicht anzuwenden, sondern sich dann als Kranker auch von einem Collegen behandeln zu lassen.

Die Vergiftungserscheinungen können nun, soweit sie psychische Störungen sind, aus dem Gebrauch des Mittels unmittelbar hergeleitet werden, während andere Erscheinungen erst vermittelt durch das Aussetzen des Giftes als sogenannte Abstinenzerscheinungen bezeichnet werden. Zu den ersteren gehört vor Allem eine auffällige Veränderung des Charakters; reizbar, mürrisch und menschenscheu zeigt der Kranke sich gleichgültig gegen fremde Interessen und wird immer selbstsüchtiger und engherziger, bis sich alle seine Wünsche und Bestrebungen nur um die einzige Befriedigung des Morphiumhungers drehen. Auch die früheren angenehmen Wirkungen verlieren sich immer mehr, und das Mittel erzielt nur noch vorübergehend eine Erleichterung der Vergiftungsfolgen. Die geistigen Störungen bleiben nun in der Regel auf dem Gebiete ethischer Vorstellungen, während eine Abschwächung der Intelligenz nur in gewisser Weise ersichtlich zu werden pflegt, soweit sie nämlich das Gedächtniss und die Ausdauer bei geistigen Leistungen berührt; die chronische Morphiumvergiftung führt kaum je zum Blödsinn, und wo es der Fall zu sein scheint, wird man eine andere Psychose daneben vermuthen dürfen. Dagegen fehlt die Abnahme von Entschlossenheit und Thatkraft neben jener Engherzigkeit in keinem Falle. Gelegentlich, namentlich in den Zeiten der Abstinenz, kommen auch Sinnestäuschungen vor, die sich oft mit Angstgefühlen mischen.

Eine Erörterung der körperlichen Begleiterscheinungen wird hier nicht versucht, wie man überhaupt aus obigen kurzen Bemerkungen nicht die Erkenntniss des Morphinismus gewinnen kann; dazu bedarf es der Kenntniss aller seiner Erscheinungen, die in allgemeinen Lehrbüchern der Neurologie gelehrt werden. Auch ist es erst möglich aus der Kenntniss der tiefgreifenden körperlichen Beschwerden ein Verständniss zu gewinnen für die Macht der Morphiumsucht, deren Unterdrückung daher dann auch mehrfach zu Selbstmordversuchen geführt hat.

Zur Sicherung der Diagnose sei indessen auf die noch nicht immer genügend gewürdigte Thatsache hingewiesen, dass das Morphium in den Urin übergeht und daher bei zweifelhaften Fällen hier chemisch nachgewiesen werden kann. Da die Reizbarkeit der Patienten, ihre engen Pupillen Anfangs an eine beginnende paralytische Seelenstörung erinnern können, ist ein solches Unterscheidungsmittel von Werth. Denn die Morphiumsüchtigen leugnen gern ihre unglückliche Leidenschaft so lange wie möglich; auch während einer Entziehungscur versuchen sie sich das Mittel zu verschaffen oder nehmen es sogar schon vorher heimlich mit.

Ueber die Behandlungsmethode möge man sich an den angeführten Orten unterrichten; in der Praxis wird man einen Morphiophagen nicht behandeln, sondern ihn immer in ein Krankenhaus schicken müssen.

Von allen Vergiftungen, die geistige Störungen mit sich führen, ist die praktisch wichtigste, die durch Alcoholgenuss hervorgerufene. Unter dem Namen **Alcoholismus** bezeichnet man die Gesammtheit flüchtiger und sich verschleppender Krankheitszustände, die durch den **Missbrauch alcoholischer Getränke** hervorgerufen werden. Kaum irgend ein Organ des Körpers entgeht gelegentlich ihren schädlichen Einflüssen; naturgemäss werden wir uns ganz vorzugsweise nur mit solchen Störungen beschäftigen, deren Sitz im Centralnervensystem und besonders im Gehirn ist. Der Gegenstand ist von solcher ausserordentlichen Wichtigkeit für die Praxis, dass wir uns nicht scheuen dürfen, bei seiner ausführlicheren Abhandlung an andern Orten schon Berührtes wiederholt zu untersuchen. Es empfiehlt sich daher den Stoff gewissermassen selbstständig zu entwickeln, und dem Alcoholismus so auch äusserlich eine Sonderstellung unter den psychischen Störungen zuzuweisen; doch wolle man sich klar darüber bleiben, dass 'manche Psychosen durch ihre alcoholische Grundlage nur eine besondere eigenthümliche Färbung annehmen, ohne darum im Uebrigen ihre sonstigen Merkmale einzubüssen.

Ein kurzer Blick auf die einfachste, gewissermassen physiologische Form des Alcoholismus, den **Rausch**, lässt uns schon einige der wichtigsten Bestandtheile der Krankheit bemerken. Die psychischen Vorgänge erscheinen im Rausch erleichtert und beschleunigt. Der Schweigsame wird schwatzhaft, der Ruhige lebhaft. Das erhöhte Selbstgefühl führt zu Dreistigkeit, keckem Auftreten und Lustigkeit. Auch die körperliche Leistungsfähigkeit ist zunächt gesteigert; ein grösseres Bedürfniss nach Bewegung gibt sich durch Singen, Schreien, Lachen, Tanzen, allerlei muthwillige und vielfach zwecklose Hand-

lungen kund. Eine gesteigerte sexuelle Begehrlichkeit ist jetzt ja auch nicht selten. Die Hebung des Allgemeingefühls und des Selbstbewusstseins erlaubt aber doch Anfangs noch eine gewisse Selbstbeherrschung, so dass Sitte und Anstand bewahrt werden. Doch bald ist die Spanung der Aufmerksamkeit für diese inneren Vorgänge wie für äussere erschwert; die Auffassung äusserer Eindrücke wird auch verlangsamt. Zuerst erlöschen beim Betrunkenen die aesthetischen Gefühle und Vorstellungen, während er in seinen Reden noch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit bewahrt hat und auch auszudrücken versteht. Es treten dann mit dieser Lebhaftigkeit die unüberlegten Handlungen in einen um so wirksameren Gegensatz. Bezeichnend ist das völlige Ableugnen und Bestreiten des erregten Zustandes und seiner Ursache. Ebenfalls wichtig ist der nicht seltene, äusserlich völlig unbegründete Stimmungswechsel, der vorübergehend aus dem Lustigen einen ganz Gedrückten macht. Aber auch diese scheinbar erhöhte Leistungsfähigkeit verliert sich rasch und mit der immer deutlicher werdenden Erlahmung der Aufmerksamkeit und dem Eintreten noch grösserer Urtheilslosigkeit nähert sich der Betrunkene dem Zustande völliger Berauschung. Beim Uebergang dazu können sich Sinnestäuschungen zeigen, die freilich in der Regel keine echten Hallucinationen sind, sondern meistens nur durch Verwechslungen sich kennzeichnende Illusionen. Das Bewusstsein trübt sich immer mehr, und während die Reden verwirrt werden, beendigen Bewegungsstörungen verschiedener Art das Schauspiel; die lallende Sprache und der taumelnde Gang haben den Vergleich mit der paralytischen Seelenstörung herausgefordert. Für uns liegt die Bedeutung der Erscheinungen des Rausches auch wesentlich in der Verwandtschaft mit den Zeichen des ausgebildeten Irreseins, deren allmähliches Fortschreiten hier auf eine kurze Zeit zusammengedrängt ist.

Der Ausgang in dem Blödsinn ähnelnde Zustände, durch Erregung aller psychischen Functionen hindurch, begleitet von Stimmungswechsel und frühzeitigem Schwinden ethischer Gefühle, Neigung zur Ableugnung des Trinkens und seiner augenfälligen Folgen, sexuelle Erregung, Sinnestäuschungen und motorische Störungen, das Alles sind Erscheinungen, die dem chronischen Alcoholismus in mehr oder weniger ausgeprägter Weise, getrennt oder vereint zukommen können. Natürlich gibt es zahlreiche Uebergangszustände von dem einmaligen Rauschzustande zu den Erscheinungen des chronischen Alcoholismus; jeder höhere Grad von Berauschung kann natürlich schon als Irresein aufgefasst werden, wie ja auch das Gesetz den

Betrunkenen nicht für die in der Trunkenheit begangenen Handlungen voll verantwortlich macht. Dass nun bei einzelnen Personen schon nach ganz geringen Mengen von alcoholischen Getränken **schwere rauschartige Zustände** sich einstellen, lässt sich fast immer darauf zurückführen, dass diese Personen durch Erblichkeit oder erworbene Minderwerthigkeit widerstandsloser und veranlagt zu psychischen Störungen überhaupt sind, einerlei welche Gelegenheitsursache jene Zuttände einleitet.

Bei solchen Personen findet man dabei dann ganz besonders auch eine Neigung zum Auftreten zahlreicher Sinnestäuschungen, namentlich des Gesichtes; man hat diese Zustände daher auch als **trunkfällige Sinnestäuschung** bezeichnet; diese Zustände dauern nur einige Stunden, der Inhalt der Sinnestäuschungen ist ein schreckhafter, das Bewusstsein ein dämmerhaftes. Daher können schwere Gewaltthaten ausgeführt werden, ohne dass mehr als eine summarische Erinnerung für sie zurückbleibt. Auch bei alten Säufern kann ein solcher Zustand als flüchtige Erscheinung aufgesetzt auf den sonst dauernden Alcoholismus sein. Wo aber ein bis dahin scheinbar gesunder Mensch in den angedeuteten pathologischen Rauschzustand verfällt, er der vielleicht als nüchterner Mensch bekannt ist, sind diese schweren Folgen der einmaligen Alcoholvergiftung nur zu erklären aus einer irgendwie bedingten Minderwerthigkeit seines Centralnervensystems. Ein Beweis für die Vermittelung dieser Zustände durch solche Minderwerthigkeit ist es, dass sie sich keineswegs immer ganz unmittelbar an den Alcoholgenuss anschliessen, vielmehr oft auch erst einige Zeit nach ihm auftreten, namentlich unter der hinzukommenden Einwirkung von Affecten. Für die Beurtheilung vor Gericht ist der Hauptwerth darauf zu legen, dass diese pathologischen Rauschzustände immer mit Besinnungslosigkeit verbunden und meistens von Erinnerungslosigkeit gefolgt sind.

Der ausgebildete dauernde **chronische Alcoholismus** nun fasst alle jenen psychischen und physischen Functionsstörungen zusammen, die der gewohnheitsmässige Missbrauch des Alcohols hervorbringt. Doch möge man von Vornherein wieder im Auge behalten, dass die Trunksucht sich wohl immer auch mit andern Ursachen verbindet, so dass sie selbst oft ebensosehr als die Folge solcher Eindrücke anzusehen ist, die wie häuslicher Kummer, Gram, Aerger und Verdruss zum Trinken führen; oder dass die Trunksucht nur eine Theilerscheinung einer tiefer liegenden allgemeinen Krankheitsanlage ist. Auch wirkt der übermässige Genuss alcoho-

lischer Getränke andrerseits wieder auf dem Umwege rein körperlicher Störungen, unter denen die Erkrankungen des Verdauungssystems mit seinen Anhängen sowie die zahlreichen Veränderungen am gesammten Blutgefässapparat die wichtigste Rolle spielen. Rechnet man dazu dann noch die Veränderungen des Gehirns und seiner Häute, die wir unten genauer kennen lernen werden, so ist leicht ersichtlich wie verwickelt die Wege sind, auf denen die Gesammtwirkung des Giftes in Erscheinung treten kann.

Wenn wir nun zunächst nur die psychischen Veränderungen und Störungen ins Auge fassen, so ist als das Hauptmerkmal zu nennen der fortschreitende Verfall ethischer und intellectueller Leistungen, und zwar findet man ihn ganz gewöhnlich zuerst auf ethischem Gebiete. Die in der Sitte und Sittlichkeit begründeten Vorstellungen, welche den Einzelnen in der Gesellschaft zu einer gesitteten Haltung veranlassen, die in Verbindung mit persönlichen Anlagen des Temperaments dieser eine bestimmte Färbung verleiht, mit einem Wort der Charakter des Trinkers ändert sich allmählich, ja schwindet schliesslich wohl gänzlich. Er verliert die Fähigkeit nach feststehenden Grundsätzen zu handeln; die Anschauungen über Ehre, Sitte und Anstand lockern sich, und gegen die augenblicklichen Begierden, namentlich nach Alcohol treten alle sonstigen höheren Gefühle mehr und mehr zurück. Durch alle Stufen hindurch drängt sich als wichtigster Beweggrund aller Handlungen Selbstsucht vor, bis zuletzt auch diese jeden tieferen Werth verliert und entkleidet jedes höheren Strebens nur noch als nackte Sucht zum Trinken erscheint, als nach dem Mittel, welches allein im Stande ist, die peinlichen Folgen der Alcoholvergiftung vorübergehend wieder zurückzudrängen; daher denn auch der Trunksüchtige ähnlich wie der Morphiumsüchtige sich immer wieder unwiderstehlich zur Beseitigung der Abstinenzerscheinungen hingedrängt fühlt. Anfangs können dabei noch schwere Kämpfe zwischen der wachsenden Leidenschaft und dem ursprünglichen ernstgemeinten Pflichtgefühl zur Selbstbeherrschung stattfinden; Angesichts der drohenden Gefahr, sich geistig, körperlich und gesellschaftlich völlig zu Grunde zu richten, die deutlich erkannt wird, ist der Entschluss, sich des Trinkens zu enthalten, ein fester; aber leider ist die Gelegenheit in Gesellschaft doch wieder einen Versuch zu machen, eine zu häufige, und ein falsches Schamgefühl verleitet Viele trotz besseren Wissens und Willens es zu wagen. Weiter ist die anregende Wirkung nach körperlicher oder geistiger Ueberanstrengung zu verführerisch, um freiwillig dem Alcoholgenuss gänzlich zu entsagen. Später aber stumpft das Gefühl der Pflicht zu erstem Widerstand ganz

ab, und die freiwillig jetzt gern ausgesprochenen guten Vorsätze werden immer mehr zu leeren Redensarten, um die Umgebung und wohl auch noch sich selbst hinwegzutäuschen über den jetzt bei jeder Gelegenheit benutzten heimlichen Missbrauch des Alcohols. Noch mehr als ein einmalig Berauschter wird der Gewohnheitstrinker unwahr im höchsten Grade, und ist auf seine heiligsten Versprechungen und Schwüre nicht das Mindeste zu geben; er lügt nicht nur über seine Absichten, sondern leugnet trotz schwerer Trunkenheit ab, Etwas getrunken zu haben. Die sittliche Entartung macht immer weitere Fortschritte und weder Strafe noch Schande schrecken zurück vor der Begehung von Rohheiten, Misshandlungen oder andern Gewaltthaten, wenn durch sie das Trinken erreicht oder verdeckt werden kann.

Dieser Mangel an ethischen Gefühlen ist also das erste und wichtigste Zeichen psychischer Veränderung bei der chronischen Alcoholvergiftung; schon lange vor dem Erscheinen intellectueller Schwäche tritt die Charakterlosigkeit hervor. Desshalb sind diese Personen so schwer zu beurtheilen und unterzubringen, denn die lange erhaltene Intelligenz, unter Umständen durch gewandte Redeweise unterstützt, die im Dienste des Alcoholmissbrauches dazu noch vielfach geübt wurde, macht es den Meisten unwahrscheinlich, dass jene Verstösse gegen Sitte und Gesetz aus einer pathologisch begründeten geistigen Störung erwuchsen. Man ist daher geneigt jene Trinker in Besserungsanstalten zu bringen, während man sich selten entschliesst sie in dieser Zeit in eine Irrenanstalt zu versetzen; es ist auch nicht zu leugnen, dass sie sich nicht für eine Irrenanstalt eignen, denn die Nothwendigkeit, ihnen jede Gelegenheit des Alcoholmissbrauches zu entziehen, zwingt zunächst sie in Abtheilungen leben zu lassen, wo ihre persönliche Freiheit sehr beschränkt ist. Da sie aber hier unvermeidlich mit manchen traurigen Eindrücken zusammentreffen, ist es nicht durchführbar sie dort lange zu lassen. Der Versuch zu grösserer Freiheit der Bewegung wird gemacht, schlägt aber nach kurzer Zeit fehl, und dem Kranken nützt sein Aufenthalt in der Anstalt nichts, nur seine Angehörigen sind von ihm befreit. Er selbst aber geht mehr oder weniger schnell einem fortschreitenden geistigen und körperlichen Verfall entgegen. Die Nothwendigkeit, für diese Trinker eigene Asyle zu errichten, wird immer dringender; denn die Erfahrung zeigt, dass dauernde Entziehung des Alcohols im Verlauf von 1—2 Jahren zuweilen ein unversehrtes, auch sittlich kräftiges Gemüthsleben wieder beginnen lässt, das oft wieder für Jahre die Erfüllung des früheren Berufes erlaubt. Wo dies aber nicht erreicht wird, kann das Trinkerasyl den Trinker bewahren vor weiterem Ver-

fall und ihm gleichzeitig ein erträgliches Dasein verschaffen, um so mehr, wenn es ihm nützliche Thätigkeit bietet; dazu ist es aber nöthig, dass in weit höherem Grade als es bisher der Fall war, für die Einrichtung und Ausdehnung geeigneter Trinkerasyle gesorgt wird, deren Leitung einem Arzte unterstellt ist.

Die Gefügigkeit des Alcoholisten, dem der Missbrauch des Giftes unmöglich gemacht wird, ist zuweilen eine erstaunliche; dadurch dass sie am Grössten ist im Anfang einer solchen Behandlung, erweist sie sich als ein krankhafter Schwächezustand. Ueberhaupt geht die Vollwerthigkeit eines Nervensystems unter dem längeren Einflusse des Alcoholmissbrauches immer mehr auf die Neige; wir finden daher auch so viele Neurastheniker unter den Säufern, und die kleineren Beschwerden des reizbaren und geschwächten Nervensystems werden immer wieder zu neuen, oft nur zu willkommenen Anlässen des Trinkens. Die Reizbarkeit ist dann oft eine gewaltige, die geringsten Veranlassungen können bedenkliche Affecte und Wuthausbrüche hervorrufen, in denen eine vollständige Rücksichtslosigkeit gegen die Umgebung ausbricht. Auch gegen die eigene Person aber wendet sich zuweilen der plötzliche Zorn. Weiter stellen sich namentlich Morgens Zustände tiefer geistiger Verstimmung ein, Missmuth bis zur Neigung zum Selbstmorde, aber nach erneutem Alcoholgenuss sind diese Stimmungen leicht wieder verschwunden und können ins Gegentheil umschlagen. Diesem häufigen Wechsel entspricht auch die Unentschlossenheit und Rathlosigkeit beim Handeln, die Willensschwäche in der Erfüllung des Berufes.

Auf dieser Höhe kann sich selbst bei andauerndem Alcoholmissbrauch die Intelligenz des Trinkers aber oft noch überraschend lange halten, während sein sittlicher Verfall schon ein tiefer ist. Er kann noch theilnehmen an den Vorgängen der Aussenwelt, namentlich politischen, die ja in Versammlungen und Kannegiessereien gleichzeitig oft der beste Vorwand werden für erneutes Trinken. Je fuselreiner nun das alcoholische Getränk ist, desto länger bleibt die geistige Leistungsfähigkeit unberührt; bei den schlechten Schnapsarten dagegen leidet sie eher. Zuweilen tritt zuerst Gedächtnißschwäche auf, dann rasche Erlahmung der Aufmerksamkeit, namentlich bei selbstständiger geistiger Thätigkeit. So kann der Kranke wohl mit Interesse und Verständniss noch an einer Unterhaltung theilnehmen, aber nicht mehr aufmerksam ein Buch lesen oder gar wissenschaftlich arbeiten. Ueberhaupt aber ist die Abschwächung der Intelligenz in jedem Falle unverkennbar in der einseitigen und ungenügenden Auffassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, so dass auch hier wieder die Einengung des Gesichts-

kreises auf die nächsten Interessen eintritt, namentlich nur noch längere Zeit erhalten bleibt für die Zustände und Erlebnisse der eigenen Persönlichkeit. So kann auch ohne tiefergreifende Erkrankung des Gehirns, ohne Verbindung mit Delirium tremens und Epilepsie, die Verödung des Geisteslebens nach allen Seiten vor sich gehen, die freilich oft Jahrzehnte bedarf, um zu völligem Blödsinn zu führen. Rascher ist dies der Fall, wo mit dem chronischen Alcoholismus sich andere Psychosen und schwerere Erscheinungen auf anderen Gebieten des Nervensystems verbinden.

Zwei Dinge sind es dann weiter, die den Alcoholisten kennzeichnen, wenn vorübergehende oder dauernde psychische Störungen zu den eben geschilderten hinzukommen. Erstens ist es die Art und Massenhaftigkeit der Sinnestäuschungen, zweitens die Häufigkeit des Wahnes der ehelichen Untreue.

Die Sinnestäuschungen sind ausserordentlich beweglich und wechselnd, sie entfalten und verändern sich dann unablässig, sind oft in hohem Grade phantastischer Natur; vielfach mag es sich dabei nur um Illusionen, um ungenügende Auffassung wirklicher Vorgänge handeln; Lichter, Gegenstände, die sich bewegen, tragen dazu bei. Tagesgeräusche, z. B. von fahrenden Wagen gehen als beängstigende Eindrücke ein in den Vorstellungsinhalt des erregten Alcoholisten. Gemeinsam ist ihnen durchweg das Elementare und ihre phantastische Verarbeitung. Lichter, Flammen und Sterne wechseln mit Wolken, die den Blick verschleiern; ein Fleck bildet sich vor dem Auge, begrenzt sich, nimmt regelmässige Umrisse an, jetzt zeigt sich ein Kopf, Tatzen, nun verwandelt er sich allmählich zu irgend einem Thier; dann ändert er seinen Ort, drängt sich näher, entfernt sich, verschwindet und kehrt wieder zu seiner Stellung zurück. Alle möglichen und unmöglichen Thiere können dem Alcoholisten erscheinen; indessen überwiegen die kleinen. Diese Bilder durchkreuzen das Zimmer, scheinen sich auf den Kranken zu stürzen, laufen über sein Bett, wachsen, schwinden und verschwinden im Fussboden, in der Wand oder Decke. Aber er sieht sie auch Fratzen schneiden; er sieht Feuersbrünste, Kämpfe und Schlachten; Massen, die auf ihn eindringen und sich auf ihn stürzen. Durchweg haben alle diese Erscheinungen etwas Erschreckendes, nur selten sind sie angenehmer Art; dann werden schillernde Vögel, bunte Blumen und herrliche Landschaften gesehen; oder es findet ein Wechsel solcher Erscheinungen statt. Die Gehörstäuschungen sind ebenfalls meistens elementarer Natur, wie Brausen, Klingen und Zischen, Schiessen oder Glockenläuten. Wo sie eine bestimmte Gestalt annehmen, ist ihr Inhalt ein bedrohender,

verhöhnender und beschimpfender. Wieder ist ausser dem Erschreckenden die Massenhaftigkeit der Geräusche bezeichnend. Wenn wir dann noch erwähnen, dass in den selteneren Fällen, wo auch Geruch und Geschmack betheiligt sind, sich die gleichen Merkmale einfinden, so sehen wir schon aus der Art und Menge der Sinnestäuschungen sich das eigenthümliche Bild des sogenannten **alcoholistischen Verfolgungswahnes** entwickeln. Dasselbe bedarf zu seiner Vollständigkeit noch einiger weiterer Züge. Gefühlstäuschungen schliessen sich in ähnlicher Weise an; die Kranken fühlen wie die gesehenen Thiere in ihre Haut eindringen, ihre Glieder anfressen; das Feuer versengt ihre Haare und ihre Haut. Zuweilen treten solche Abweichungen vom gesunden Haut- und Organgefühl auch im Geschlechtsapparat auf und verbinden sich dann gern mit der Vorstellung geschlechtlicher Bedrohung, dem Wahn ehelicher Untreue und unbegründeter massloser Eifersucht. Ueberhaupt ist die Hineinziehung des Geschlechtslebens etwas sehr Gewöhnliches, so dass man mehrfach geneigt ist den Eifersuchtswahn als dem Alcoholisten eigenthümlich darzustellen; in manchen Fällen mag er begründet sein durch gesteigerte Wollustgefühle bei gleichzeitig rasch erlöschender sexueller Leistungsfähigkeit, wie sie sich namentlich in vorgeschrittenen Fällen von Alcoholismus neben einander finden. Jedenfalls aber ist die Begründung des Eifersuchtswahnes durchaus nicht immer durch Sinnestäuschungen gegeben, sondern meistens werden nur harmlose Worte, Geberden und Begebenheiten im Sinne des Wahnes gedeutet und zu seiner Stütze verwerthet. Ein anderer Ausdruck für verwandte Vorgänge ist es, wenn ledige Frauen und Männer ihre Umgebung der Unzucht beschuldigen oder behaupten, dass man ihnen unsittliche Anträge und Zumuthungen stelle. Dass auch vielfach bei einem Trinker das eheliche Leben allmählich ein unglückliches wird, ist leicht verständlich; jedenfalls wird man darin aber häufiger eine Folge als eine Ursache des Trinkens erkennen müssen, wenn auch hier und da das umgekehrte Verhältniss vorliegt und dann später als Grund zu neuem Trinken mit Vorliebe vorgeschoben wird.

Der sogenannte acute Trinkerwahnsinn zeigt sich gewöhnlich Nachts, ziemlich plötzlich beginnend, unter Umständen nach wenigen Tagen bis auf die allgemeinen Erscheinungen des Alcoholismus verschwindend. Die Abgrenzung dieses Zustandes vom Delirium tremens, mit dem er nahe verwandt ist, wird bedingt durch das Vorherrschen sexueller Gedankenreihen, die bei verhältnissmässiger Klarheit des Bewusstseins zu einem verschwommenen Wahnsystem mit den andern Krankheitszeichen vereint werden, ziemlich oft

begleitet von Geruchstäuschungen, und ferner durch das Zurücktreten motorischer Störungen, die im Delirium tremens das Krankheitshild beherrschen; besonders ist in letzterer Krankheit die Benommenheit auch durchweg viel grösser.

Soweit nun motorische und sensible Störungen dem chronischen Alcoholismus in seiner gewöhnlichen Form zukommen, haben wir davon Folgendes zu erwähnen. Weitverbreitet ist das Zittern der Zunge, Gesichtsmuskeln und Hände; im nüchternen Zustande pflegt es deutlicher zu sein als unter der unmittelbaren Alcoholwirkung. Beschränkte Krämpfe, z. B. in den Waden, sind seltener. Deutliche Lähmungen sind nicht sehr häufig, dagegen Paresen schon öfter vorkommen. Neuerdings ist man aufmerksamer darauf geworden, dass diese motorischen und manche sensible Störungen nicht allein auf Erkrankungen des Centralnervensystems und seiner Häute beruhen, sondern oft bedingt sind durch Entzündungen peripherer Nerven. Umschriebene Gefühllosigkeit oder Reizerscheinungen in einzelnen Gliedern können sehr lästige Gefühle bedingen und die Grundlage von Wahnvorstellungen werden. Auch Störungen der Sehschärfe werden durch Entzündungen oder Schrumpfung der Netzhaut des Auges zu schweren, oft dauernden Leiden. Sind sie nur flüchtiger Art, so hat man an Kreislaufschwankungen zu denken; Gefässlähmungen der verschiedensten Art gehören überhaupt zum Alcoholismus; es braucht nur erinnert zu werden an die Gefässerweiterungen im Gesicht der Trinker, die Entartungen der Gefässwände und des Herzens, und damit im Zusammenhange der Nieren. Die Schädigung des Verdauungsschlauches und seiner Anhänge beeinflusst wieder die Stimmung, und so kommen durch Gefässschwankungen und andere Erkrankungen bedingte Kopfschmerzen und Schwindelgefühle immer wieder als neue Störungen zu den rein psychischen Veränderungen.

Ehe wir den gewöhnlichen Verlauf und Ausgang des chronischen Alcoholismus untersuchen, muss uns der eigenthümliche Zustand des **Delirium tremens** beschäftigen. Als abgeschlossenes Krankheitsbild tritt es gerade dem praktischen Arzt so häufig entgegen, dass es auch wissenschaftlich immer wieder als besondere Form aufgefasst worden ist, obwohl man sich klar darüber ist, dass es nur eine verhältnissmässig flüchtige Theilerscheinung der chronischen Alcoholvergiftung ist. Selten schliesst es sich unmittelbar an eine einzelne Unmässigkeit des Trunksüchtigen, jedenfalls ist es niemals die Folge einer einmaligen schweren Vergiftung durch Alkohol bei einem sonst mässigen Menschen. Gewöhnlich schliesst sich das Delirium

tremens an irgend eine Gelegenheitsursache, namentlich eine Verletzung oder eine heftige Lungenentzündung, kann aber auch gewissermassen selbstständig sich allein aus den innern Vorgängen im durchseuchten Körper entwickeln und in dieser Weise sich häufig im gesammten Verlauf des Alcoholismus wiederholen. Hartnäckige Branntwein-Trinker entgehen ihm kaum jemals, wenn auch die Häufigkeit sehr verschieden und abhängig von andern äussern Verhältnissen, namentlich der gesammten Ernährung ist. Wenn gute Weine und Biere den Alcoholismus hervorrufen, ist das Delirium tremens dagegen selten. Unter Hinweis auf die eben gegebene Schilderung des Trinkerwahnes und dessen klinische Verwandtschaft mit dem Delirium tremens, können wir absehen von einer eingehenden Erörterung der dort schon entwickelten, beiden Formen gemeinsamen Erscheinungen. Namentlich über den Inhalt der Sinnestäuschungen gilt ziemlich dasselbe. Wenn man auch durchaus nicht regelmässig den am Häufigsten sich einfindenden Gesichtstäuschungen das Merkmal der Kleinheit, vertreten z. B. durch Mäuse, Insecten u. dgl. zuschreiben darf, so ist doch deren Massenhaftigkeit durchaus bezeichnend. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Vervielfältigung der so herdenweise auftretenden Thiere zusammenhängt mit Störungen der Accommodation und mit Veränderungen im Augenhintergrunde, ihre Entstehung also grösstentheils peripher geschieht, daher wohl eine Folge von Kreislaufstörungen im Auge selbst ist. Sie sind für den Deliranten schreckhaft, um so mehr als entsprechende beängstigende Täuschungen im Gehör- und Hautsinne sie zu begleiten pflegen. Unter den letzteren gelten die Gefühle von Kröten, Schlangen, Würmern, Spinnen und Ameisen auf und in der Haut für besonders bezeichnend, und beruht auf ihnen zum Theil das beständige Zupfen an der Bettdecke und Wischen über die Haut, das auf der Höhe der Krankheit fast immer beobachtet werden kann.

Diese lebhaften Sinnestäuschungen laufen nun in einem, die meiste Zeit tief getrübten Bewusstsein ab; doch kommt es nicht zum völligen Verlust der Besinnung, und kann man den Kranken durch kräftiges Ansprechen für Augenblicke veranlassen, Rede und Antwort zu stehen. Meistens aber ist der Zustand ein dämmerhaft traumartiger, so sehr er auch in Einzelheiten hin und herschwankt. Die Schlaflosigkeit ist schon unter den Vorboten des Deliriums auffallend, ebenso eine grosse Schreckhaftigkeit; hat sich die Krankheit aber nach einigen Tagen — selten dauern die Vorläufer 10 oder 12 Tage — voll entwickelt, so ist der gänzliche Mangel des Schlafes und das Zusammenschrecken bei jedem kleinsten Anlass die Regel.

Da aber das Bewusstsein nicht gänzlich fehlt, die Aufmerksamkeit flüchtig erregbar ist, so erscheint das Benehmen der Kranken vielfach täppisch und albern. Die bewegliche Unruhe und die Art, wie die Kranken sich mit den Gegenständen ihrer Sinnestäuschungen beschäftigen, vermehrt diesen Eindruck; das Greifen und Wischen nach den umherhuschenden Trugwahrnehmungen, das Sprechen mit und gegen die zahllosen Eindringlinge gestaltet den Anblick des in seinem Zimmer hausenden Deliranten häufig zu einem lebhaften Schauspiel, dessen einzelnen fast komischen Wirkungen man oft nicht entgeht. In andern Fällen überwiegt aber auch eine grosse Aengstlichkeit, doch kommt es gewöhnlich nicht zu einem in deutlichen Worten ausgesprochenen Verfolgungswahn, sondern die einzelnen Eindrücke reihen sich einfach an einander, ohne in einem engeren Zusammenhang verarbeitet zu werden. Trotzdem aber kann es auch durch den schreckhaften feindlichen Inhalt der Sinnestäuschungen zu Gewaltthaten gegen das eigene Leben und gegen die Umgebung kommen. Wie vorschlagend häufig aber beängstigende Gedanken den Bewusstseinsinhalt des Deliranten wie des Trinkers erfüllen, auch ohne abhängig zu sein von bestimmten Sinnestäuschungen, geht schon aus der Thatsache hervor, dass Trinker und Deliranten sehr häufig behaupten, sie selbst oder Andere in ihrer Nähe hätten einen Mord begangen, ohne dass später für eine solche Behauptung auch nur die leiseste Veranlassung nachgewiesen werden kann; es ist daher bei einer solchen unbegründeten Behauptung nicht so ganz unpraktisch nachzuforschen, ob der Angeber auch vielleicht ein chronischer Alcoholist ist. Dass bei dem Vorhandensein von erschreckenden Sinnestäuschungen der Zusammenhang mit einer krankhaften Grundlage der Behauptung leichter gefunden werden kann, ist natürlich.

Der untersuchende Arzt kann sich gelegentlich den eigenthümlichen Umstand zu Nutze machen, dass die Sinnestäuschungen am Stärksten hervortreten, sobald der Kranke die Augen schliesst, um zu schlafen. Auf ähnlichen Druckverhältnissen im Auge, die dem Hirn Reize zutragen, beruht es dann auch wohl, wenn ein genesender Delirant halb willkürlich sonst fehlende Gesichtstäuschungen dadurch wieder hervorruft, dass er die Augen schliesst.

Endlich sind beim Delirium tremens die motorischen Störungen von ganz hervorragender Bedeutung, so dass das Zittern ja auch in seinem Namen eine besondere Stelle gefunden hat. Dass die bewegliche Unruhe in gewissem Grade eine Folge des Einflusses von Trugwahrnehmungen ist, erfuhren wir schon; aber wenn Kranke stundenlang ihr Bett durchsuchen und ausräumen, beständig

an ihrem Körper zupfen, Fäden ausziehen aus der Kleidung, so ist die unklare Absicht, die lästigen Dinge zu suchen und zu entfernen häufig jedenfalls auch unterstützt von einer unmittelbar wirkenden Muskelunruhe. Diese zeigt sich auch in andern Muskelgruppen als denen der Hände, äussert sich ebenso in ganz zwecklosem Umhergehen, im Umstossen und Wegschieben zufällig im Wege befindlicher Gegenstände. In Schweiss gebadet und völlig erschöpft kann der Kranke dabei kraftlos zusammenbrechen oder nach kurzen Augenblicken der Ermattung und scheinbarer Ruhe das Spiel von Neuem beginnen. Auf unmittelbare centrale Reizzustände sind auch die motorischen Störungen zurückzuführen, die sich als blitzartige Zuckungen in den Gesichtsmuskeln zu erkennen geben, besonders um Mund und Augen spielen, auch als Nystagmus erscheinen und in der Form des Zitterns sich auf Rumpf und Glieder ausbreiten; der Tremor wird so zu einem allgemeinen. Am Deutlichsten ist er zu erkennen an den ausgespreizten Fingern, ferner beim Hervorstrecken der Zunge. Dabei ist die Sprache lallend und sehr erschwert, mehr jedoch durch Kraftlosigkeit als durch bestimmte Arten des Anlautens und Aussprechens gekennzeichnet. Die Kraftlosigkeit zeigt sich auch in dem unsicheren und taumelnden Gang; doch in Augenblicken heftigster Aufregung und Wuth wird sie überwunden, und kann der Kranke in der Zerstörung dann Unglaubliches leisten. Nicht so ganz selten kommen auch epileptische allgemeine Krampfanfälle bei Deliranten vor, deren Zusammenhang mit dem chronischen Alcoholismus überhaupt bald weiter erörtert werden wird.

Da die Reflexerregbarkeit eine sehr gesteigerte ist, kommt es zu ziellosem Herumwerfen im Bett, Zucken und Herumschlagen der Glieder und in Folge dessen zu häufigen kleineren Verletzungen, um so mehr als die Trübung des Bewusstseins und zuweilen vielleicht auch eine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit sie nicht beachten lassen. Aber auch gröbere Verletzungen werden nicht empfunden, selbst gebrochene Glieder werden mit der grössten Rücksichtslosigkeit bewegt. Dadurch, sowie durch gleichzeitige Erkrankungen innerer Organe kommt es oft zu Fieber. Aber auch das einfache Delirium tremens, welches gewöhnlich zwar fieberlos verläuft, kann in seinen schwersten Formen unter den höchsten Steigerungen der Eigenwärme verlaufen. Der Tod pflegt dann regelmässig der Ausgang dieses Krankheitszustandes zu sein. In einzelnen Fällen endet er ebenso durch allgemeine Erschöpfung ohne Fieber; der Puls wird weich und klein, verschwindet, ein unregelmässig aufflackerndes, aber inhaltsleeres Delirium führt zum völligen Erlöschen

des Bewusstseins, schwache Bewegungen wie Flockenlesen sind noch angedeutet, die Zuckungen werden zum Sehnenhüpfen und die letzten Kräfte sind erschöpft; ein rasch auftretendes Hirnödem begleitet wahrscheinlich diesen Zustand. Wenn man berücksichtigt, dass Deliranten in der Regel schon heruntergekommene Personen sind, und namentlich Lungenentzündungen bei ihnen oft auftreten, auch schwere Verletzungen und Selbstmord recht häufige Todesursachen für sie werden, so muss man die Angabe, dass etwa der fünfte Theil im Anfall stirbt, immer noch als eine verhältnissmässig geringe Sterblichkeitsziffer ansehen. In den andern Fällen pflegt das Delirium tremens durchschnittlich in 3 bis 8 Tagen zu verlaufen, freilich unter häufigen Schwankungen, so dass ein vorübergehender kurzer Schlaf die Lösung einzuleiten scheint, die aber durch erneute Steigerung der Erregung zuweilen noch weiter, ja einige Wochen hinausgeschoben werden kann. In leichten Fällen aber endet ein tiefer Schlaf von längerer Dauer das Delirium so völlig, dass der Erwachende ganz genesen ist. In der Regel aber ist die Erholung wie gesagt eine allmähliche.

Da die Beseitigung der Schlaflosigkeit das Wichtigste ist, diese in der Zeit des Abfalls der Erregung auch Arzneimitteln zugänglich wird, so hat die Behandlung hier einzusetzen. Im Anfang nützen Schlafmittel gewöhnlich Nichts, während sie gegen Ende des Anfalls sehr wirksam und heilsam zu sein pflegen. Die Wahl der Schlafmittel ist eine dem Einzelfall anzupassende, doch gibt man meistens dem Chloralhydrat den Vorzug, wo keine Herzleiden dagegen sprechen. Im Uebrigen beschränkt sich die Behandlung auf möglichst gute Ernährung und die nöthigen Massregeln zum Schutz der Umgebung und des Kranken. Aus dem Bereiche des Kranken ist Alles zu entfernen, womit er sich oder Andere verletzen könnte. So naheliegend der Versuch einer Beschränkung, besonders einer Fesselung des Deliranten an sein Bett, unter Umständen liegen mag, so ist doch desshalb entschieden davor zu warnen, weil in der ausgestreckten Lage Entzündung und Oedem der Lungen sehr bedrohlich werden können. Es ist daher auch trotz des meistens kurzen Verlaufes die Behandlung in einem Krankenhause vorzuziehen, in dem geeignete Einrichtungen zur Verfügung stehen; auch eine Irrenanstalt, wenn sie leicht erreichbar ist, wird der häuslichen Behandlung vorzuziehen sein. Zur Erhaltung der Kräfte dient es auch, einem Deliranten neben guter Kost, unter der namentlich Milch von dem meistens von Magenkatarrh befallenen Kranken gut vertragen wird, mässige Mengen guter alkoholhaltiger Getränke zuzuführen;

diese Maßnahme hat aber eine noch grössere Bedeutung bei Alcoholikern überhaupt, die wegen irgend eines andern, namentlich fieberhaften Leidens, oder wegen einer Verletzung in Behandlung kommen, weil erfahrungsgemäss die plötzliche Entziehung des gewohnten Reizmittels einen Anfall von Delirium tremens unter solchen Umständen begünstigen kann.

Wenn wir nun noch erwähnen, dass nach einem überstandenen Anfall von Delirium tremens das Zittern der Glieder, besonders der Hände, diesen noch lange überdauern kann, so sehen wir damit den Zustand wieder zurückkehren zu seinem früheren Verhalten und gelangen zu dem oben verlassenen Punkte in dem weitern **Verlaufe des chronischen Alcoholismus.** Wird dieser nicht unterbrochen durch die geschilderten Aufregungszustände, so ist er im Ganzen gleichmässig; doch gibt es noch eine bemerkenswerthe Form geistiger Störung, die nach einer einmaligen maßlosen Berauschung oder doch mehreren nur in kurzer Zeit sich folgenden Ausschreitungen bei einen Alcoholisten vorkommen kann. Es verbindet sich dann echte Alcoholvergiftung mit der schon vorhandenen allgemeinen Veränderung; das dadurch entstehende Krankheitsbild enthält die meisten der sonstigen Zeichen eng zusammengedrängt und zu gewaltiger Höhe ausgebildet. Dadurch gewinnt es eine grosse Aehnlichkeit mit einer galopirenden paralytischen Seelenstörung. Die Stimmung ist eine sehr gehobene, maßlose Grössenvorstellungen treten unter grosser Redseligkeit und Muskelunruhe auf, Pupillendifferenzen, Facialislähmungen, allgemeines Zittern und stark erschwerte Sprache vervollständigen den täuschenden Eindruck der Paralyse. Aber wie viele der durch Gifte hervorgerufenen Paralysen einen günstigen Verlauf nehmen, so ist auch diese Alcoholparalyse dadurch ausgezeichnet, dass sie gewöhnlich nicht fortschreitet zum Blödsinn, sondern meistens nach wenigen Wochen oder Monaten zu völligem Abfall und zu Krankheitseinsicht führt; diese Genesung ist dann eine dauernde, soweit sie nicht von andern Erscheinungen des chronischen Alcoholismus abgelöst wird. Jedenfalls muss man diesen Zustand unterscheiden von dem Blödsinn mit Lähmungen, der in ausserordentlich langsamer Weise im Verlauf des gewöhnlichen chronischen Alcoholismus eintreten kann. Zur Unterscheidung kann es auch dienen, dass in dem ersteren Falle epileptiforme paralytische Anfälle selten vorkommen, während gerade die Verbindung des Alcoholismus mit Epilepsie den langsamen Verlauf zum Blödsinn hervorzurufen pflegt. Natürlich kann ein Alcoholist auch an echter Dementia paralytica progressiva erkranken, aber der berührte Blöd-

sinn mit Lähmungen ist doch etwas Anderes nach seinem klinischen Verlauf; abgesehen von der geringern Lebendigkeit aller Erscheinungen, fehlt ihm eben der unaufhaltsam fortschreitende Verlauf, und bei völliger allmählicher Entziehung des schädigenden Giftes kann man auch hier noch einen Stillstand und eine bedeutende Besserung erzielen. Ueberhaupt pflegt die chronische Vergiftung durch alcoholhaltige Getränke nur selten zu den höchsten Graden des Blödsinnes zu führen, wie sie für die echte paralytische Seelenstörung bekannt sind.

Endlich müssen wir noch die Beziehung des Alcoholismus zur Epilepsie in einem anderen Sinne berühren und die sogenannte **Alcoholepilepsie** besprechen. Unter dem Einflusse einer heftigen Alcoholvergiftung kann sowohl bei einem chronischen Alcoholisten wie bei einem nicht als Trinker zu bezeichnenden mässigen Menschen ein Zustand tiefer Bewusstseinsstörung, die weit über den Rausch hinaus andauert, in Verbindung mit epileptischen Krämpfen auftreten, und durch Sinnestäuschungen manchen epileptischen Zuständen und Aequivalenten täuschend ähnlich werden, da auch ein überstürzter Verlauf der Erscheinungen, ihr rascher unvermittelter Abfall und das Fehlen der Erinnerung für das während der Zeit Geschehene und Erlebte die Aehnlichkeit vermehren. Zu bemerken ist, dass Personen davon betreffen werden, die früher nicht an Epilepsie litten; dass frühere Epileptiker, die dem Alcoholismus verfallen sind, ähnliche Zustände zeigen können, bleibt davon unberührt. Ist der Zustand nur ein einmaliger, so mag man ihn als einen im früher gegebenen Sinne pathologisch genannten Rauschzustand bezeichnen. Es ist aber wesentlich, dass solche Krampfanfälle, wenn sie einmal bei einem Alcoholisten auftraten, sich nach jeder stärkeren neuen Vergiftung zu wiederholen pflegen; für diese Fälle würde der Name Alcoholepilepsie am Besten zutreffen.

Nach der Zufuhr gewaltiger Mengen schlechten Alcohols kann der höchste Grad der Vergiftung von Vornherein sich in völliger Benommenheit und Lähmung äussern, die dann nicht selten durch acutes Hirnodem zum raschen Tode führen.

Im Allgemeinen aber enden die chronischen Alcoholisten doch noch ehe sie die höchsten Grade geistiger und körperlicher Verkommenheit erreicht haben, durch eine dazwischen tretende Organerkrankung, der sie bei ihren schwachen Kräften nur geringen Widerstand entgegenzusetzen vermögen. Von grösster Bedeutung für die Schnelligkeit des ganzen Verlaufes ist namentlich die Zusammensetzung der gebrauchten alcoholhaltigen Getränke. Dies führt uns zu der Erörterung **einiger Ursachen** des Alcoholismus,

deren Kenntnis nothwendig ist, ehe von seiner Diagnose und Behandlung die Rede sein kann, soweit letztere zur Zeit möglich ist.

Voran zu stellen ist die schon mehrfach berührte Thatsache, dass schlecht abgelagerte, die Fuselöle noch enthaltende alcolische Getränke viel gefährlicher sind; das Gehirn leidet nicht eigentlich durch den Alcohol, sondern durch seine Beimengungen und Verunreinigungen. Aus diesem Umstande erklärt es sich auch ohne Weiteres, dass der Alcoholismus so vorzugsweise in den niedern Gesellschaftsklassen verbreitet ist; so zeigt sich schon bei den Biertrinkern dies Leiden verhältnissmässig weit seltener, ebenso auch bei vornehmen Weintrinkern. Es ist daher nicht allein die Bekämpfung des übermässigen Alcoholmissbrauches die Aufgabe der sich gegen ihn bildenden Vereine, sondern man muss die alcoholischen Getränke verbessern, Bier für Schnaps einführen, da nun einmal das Trinken nicht mehr ganz zu beseitigen ist; das immer und überall seit den ältesten Zeiten vorhandene Bedürfnis nach alcoholischen Getränken wird durch das rasche, vielfach aufreibende Leben der Jetztzeit noch gesteigert; allerdings ist das Angebot durch die erleichterten Verkehrsbedingungen ja auch vermehrt, und Gelegenheit macht Diebe. Dies beweist das Sinken der Trunksucht in Schweden nach Einführung eines Gesetzes, dass erst Abends nach der Arbeit der Schnaps in kleinen Mengen im Handverkauf abgegeben werden darf. Der Beruf mancher Arbeiter ist jedenfalls aber, ausser der Verleitung durch Andere, ein sehr wesentlicher Grund zum Trinken: im Freien ist es z. B. die Kälte oder Hitze, der Schmiede und Schlosser ausgesetzt sind; ähnlich geht es den Fuhrleuten im Regen und Wind, Maurern im Staube, sie Alle trinken. Alle Arbeiter, die schwere Anstrengungen zu machen haben, finden leicht Anlass zum Alcoholgenuss; wenn sie dabei ankämpfen müssen gegen den Schlaf scheint dies noch öfter der Fall zu sein. Dass Wirthe besonders im Kleinhandel der Gefahr des Trinkens sehr stark ausgesetzt sind, ist bekannt. Mit der Ausbreitung der Schankstätten auf das platte Land ist die Trunksucht auch in bedenklicher Weise unter die bäuerliche Bevölkerung eingedrungen.

Die regelmässige Wiederholung der Zufuhr kleinerer Mengen des Giftes ist im Allgemeinen viel schädlicher als eine stossweise sich einstellende Neigung und Ausschreitung. Indessen das periodische Auftreten eines unwiderstehlichen Dranges nach alcoholischem Getränke, das unter dem Namen der Dipsomanie Seite 137 erörtert wurde, steht ausserhalb der ursächlichen Begründung durch Alcoholvergiftung; wenn dieser Zustand aber einen Alcoholisten betrifft, so wird die

nervös begründete Periode des triebartigen Trinkens zu einer schweren Unterstützung des Gesammtleidens; solche **Quartalssäufer** sind daher auch meistens raschem Verfall ausgesetzt, da ihre Anfangs vereinzelten aber masslosen Ausschreitungen im Laufe der Zeit sich häufiger wiederholen, und auch in den von nervösen Störungen freieren Zeiten die Menge des Getrunkenen eine grosse wird.

Die Bedeutung des Berufes zeigt sich auch in dem völligen Ueberwiegen der durch Alcoholmissbrauch hervorgerufenen psychischen Störungen beim männlichen Geschlecht, während vielleicht nur der hundertste Theil Frauen Alcoholvergiftungen erleidet. Ebenso wie der einfache Rausch bei Frauen etwas sehr Seltenes ist, sieht man bei ihnen auch Blödsinn mit Lähmungen auf alcoholischer Grundlage äusserst selten; am Häufigsten ist es wohl noch der Fall bei Prostituirten.

Bei festgestellter Ursache, die durch den Geruch und das Aussehen der Trinker unterstützt wird, ist die **Erkenntniss** der Alcoholvergiftung und ihrer verschiedenen Erscheinungsformen auf psychischem Gebiet meistens leicht. Wenn einfache Psychosen sich auf alcoholischer Grundlage entwickeln, so muss man unterscheiden, ob eine augenblickliche Alcoholwirkung besteht, oder ob unabhängig davon der Gewohnheitstrinker in einer in sich abgeschlossenen Form erkrankt. Im ersteren Falle zeigen sich anfänglich immer besonders schwere Erscheinungen, auch der Verlauf ist ein schwerer; aus der geringen Widerstandskraft gegen kleine Mengen Alcohols darf aber nicht sofort auf Alcoholismus geschlossen werden, da eine solche Intoleranz ja vielen minderwerthigen, irgendwie belasteten Nervensystemen zukommt. Ob man den Psychosen von Gewohnheitstrinkern, die bei ihnen nicht durch Alcoholmissbrauch, sondern durch irgend eine andere Gelegenheitsursache entstehen, besondere Kennzeichen zuschreiben kann, ist zweifelhaft, da die dafür angeführten Erscheinungen meistens als allgemeine des Alcoholismus angesehen werden können, oder doch auf die durch ihn erworbene allgemeine Neurasthenie zurückgeführt werden müssen. Aus der Verbindung beider Erscheinungsreihen entsteht dann das Krankheitsbild, dessen zweifellose Auflösung mit Zuweisung seiner einzelnen Zeichen an die selbstständige Psychose oder die chronische Grundlage des Alcoholismus bei dem besonderen Fall sehr schwierig ist, und namentlich abhängt von der Höhe des letzten und seiner Dauer.

Denn nach langem Bestehen des Alcoholismus bilden sich ausser den zahlreichen Veränderungen in andern Organen, am Gehirn und seinen Häuten **anatomische Veränderungen** aus, die nicht ohne

Einfluss auf die Art der psychischen Erscheinungen bleiben. Entzündungen und Verdickungen der Hirnhäute, Schwund der Hirnsubstanz, insbesondere der Rinde, und Hydrocephalus internus treten dann stark hervor. Die motorischen Störungen, namentlich die Lähmungen, sind aber oft auch durch Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Häute, sowie durch Entzündungen peripherer Nerven bedingt. Jedenfalls werden die schweren Reizerscheinungen, sowie Lähmungen und Sinnestäuschungen verschiedener Art, auch die starke Benommenheit der Kranken sich durch diese anatomische Grundlage deuten lassen.

Da die **Behandlung** der mit Alcoholismus verbundenen Psychosen sich nach allgemeinen Grundsätzen ergibt, bleibt uns nur noch übrig, kurz einige Bemerkungen über die Behandlung des Alcoholismus zu machen, soweit das nicht schon vorstehend geschehen ist. Auf eine völlige Wiederherstellung kann man erfahrungsgemäss nicht rechnen und muss sich daher darauf beschränken, die Krankheitserscheinungen zu mildern; dass man dazu am Meisten beitragen kann durch Verminderung und Verbesserung des schädigenden Giftes, darf wiederholt werden. Bestimmte Heilmittel und Heilmethoden gibt es nicht; dauernde Entziehung des Alcohols hält den Verfall wohl auf, aber zu dauerndem Abschluss von der Welt entschliesst man sich selten, wenn nach Verschwinden der schwersten Erkrankungszeichen ein erträgliches Gleichgewicht zurückkehrt; dann kommen neue Rückfälle, und der Unglückliche wird wieder das Opfer dieser Geissel der Neuzeit, des Alcoholismus. Seine Entfernung steht nicht in unserer Macht, um so mehr müssen wir streben, seiner Ausbreitung durch Verbesserung der Hygiene zu begegnen.

J. Schwachsinn (Imbecillität und Idiotie).

Die Künstlichkeit unserer Eintheilung zeigt sich wieder einmal sehr deutlich in diesem Abschnitt. Denn es haben die äussersten Grade der Idiotie unter der Erscheinungsform des Cretinismus scheinbar Nichts gemein mit leichteren Formen des Schwachsinns, noch dazu, wenn er nicht einmal angeboren, sondern nach überstandener Psychose eines vollwerthigen Hirns zurückgeblieben ist. Also weder eine verwandte Ursache, noch eine gleiche anatomische Veränderung bringt sie zusammen, ja trotz weitgehender Verschiedenheiten in diesen beiden Richtungen werden jene Zustände zusammengestellt; es geschieht aber, weil sie klinisch zusammengehören. Jene grossen ursächlichen und anatomischen Gegensätze an den beiden Enden der Reihe, die nicht nebeneinandergestellt werden können, sind durch zahlreiche Uebergangsstufen mit einander verbunden und sich genähert, sodass das Wesentlichste klinisch die geistige Schwäche wird, die sich in den Reden und Handlungen der Kranken zeigt. Die ganze Gruppe des Schwachsinns lässt sich aber auch nicht scharf abgrenzen nach den früher geschilderten Blödsinnsformen; doch wird man klinisch nicht umhin können, die durch andere Psychosen erworbenen leichteren geistigen Schwächezustände als getrennt von dem tiefen Blödsinn anzusehen und sie wegen ihrer klinischen Verwandtschaft zusammen mit dem angeborenen Schwachsinn, der Imbecillität zu betrachten. Diese nun steht klinisch den leichten Graden von Idiotie wieder nahe, bei welchen anatomische Veränderungen nur geringfügig scheinen; dann aber ist der weitere Schritt auf klinischem und anatomischem Wege zu den höhern und höchsten Graden der Idiotie und des Cretinismus ein leichter und gegebener; diese sind den erworbenen Blödsinnsformen gegenüber durch die angeborenen anatomischen Veränderungen unterschieden.

Ueber die erste Gruppe des **erworbenen Schwachsinns** können wir uns kurz fassen, obwohl sie zu den umfangreichsten überhaupt gehört; denn wir begegneten dem Schwachsinn unter den Ausgängen vieler der functionellen einfachen Psychosen. Eines der auffallendsten Zeichen für die hier gemeinte geistige Schwäche ist die

Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit im Sinne der Ausdauer, während die Einzelleistung im gewohnten Beruf für den Augenblick noch eine voll genügende sein kann. Anklänge an die vorausgegangene Psychose fehlen, während der zum Blödsinn übergehende Verfall noch solche Bestandtheile in sich schliesst und dadurch zeigt, dass der Krankheitsvorgang noch tiefer greift, während er bei dem von uns gemeinten Schwachsinn aufgehört hat, und dieser nur ein dauernder Folgezustand geworden ist. Zum Unterschiede von allgemeiner Neurasthenie beschränkt sich diese Erschöpfbarkeit auf die geistige Thätigkeit, während andere nervöse Leistungen ungeschwächt sind. Wenn sie nun auch vorzugsweise intellectuelle Leistungen betrifft, so spielt sie doch immer auf andere höhere geistige Gebiete, namentlich auch das ethische über, es finden sich Lücken in den sittlichen Anschauungen besonders dann, wenn nicht gewohnheitsmässige, sondern aus freier Selbstentschliessung und neuer Wahl bedingte Handlungen verlangt werden. Jedenfalls gehört die ungenügende Uebereinstimmung der früheren sittlichen Anschauungen und der späteren Handlungen zu den wichtigsten Zeichen dieser leichteren Grade geistiger Schwäche; es handelt sich um solche Anschauungen, die durch Erziehung und Sitte in den vollen Erwerb übergegangen waren, und nun nach eingetretener Genesung lückenhaft geworden sind.

Nur die Entstehung, weniger die Sache selbst stellt sich klinisch etwas anders beim **angeborenen Schwachsinn**, der **Imbecillität** dar. Hier ist es überhaupt nicht zum vollen Verständniss der Tiefe der sittlichen Anschauungen gekommen, und beruht daher der Mangel an Uebereinstimmung zwischen der Sitte und den Handlungen des Schwachsinnigen wesentlich auf seiner Urtheilslosigkeit, die sich aber häufig ganz besonders nur in der Verbindung dieser beiden Gebiete zeigt, während Imbecille sich sehr häufig auf beschränkten anderen Gebieten geistiger Thätigkeit auszeichnen. Wo es sich weniger um vergleichende Geistesarbeit, mehr um Gedächtnissthätigkeit handelt, entwickeln sie vielfach hohe Grade von Schlauheit und Durchtriebenheit, wenn bestimmte Ziele vorschweben. Sonst beschränkt sich die Beobachtung und Erkenntniss der Aussenwelt auf das unmittelbar Gegebene und Naheliegende. Grosse Gesichtspunkte über die höchsten und wichtigsten Fragen des Lebens werden überhaupt nicht gewonnen, nur das Einzelne und Kleinliche wird beachtet. Der Gesichtskreis bleibt beschränkt auf die Zustände und Interessen der eigenen Person. Werden deren Bedürfnisse befriedigt, so kann das Leben eines solchen Menschen ruhig und harmlos ver-

laufen, im andern Fall aber wird man überrascht durch heftige Ausbrüche von Zorn und Gewaltthaten, die beweisen, dass Selbstbeherrschung und Unterordnung unter feste sittliche Anschauungen völlig fehlen. Die scheinbar so ruhige Stimmung entbehrt eben jedes inneren Gleichgewichtes; ist die Erregung verrauscht, so ist auch kein Bedauern oder Gefühl von Reue vorhanden, obwohl das Gedächtniss für das Geschehene klar ist. Die Unmittelbarkeit der Entschliessungen aus inneren Zuständen des Körpers zeigt darin schon die nahe Verwandtschaft zu den triebartigen Handlungen der Idioten.

Ursächlich steht der Schwachsinn, wenn er durch eine in frühester Kindheit durchgemachte Gehirnkrankheit oder nach einer frühen Verletzung des Schädels, einer Erschütterung des Gehirns entstand, in der Mitte zwischen der angeborenen Imbecillität und den geistigen Schwächezuständen nach einer Psychose im reifen Lebensalter. Klinisch zeigen diese verschiedenen Fälle keine wesentlichen Unterschiede. Etwas Anderes ist es aber, wenn ein von Natur imbeciller Mensch im späteren Lebensalter von einer Psychose befallen wird; schon ihr ganzer Verlauf zeigt dann bestimmte Eigenthümlichkeiten. Vielfach tritt etwas Läppisches und Albernes in den Vordergrund. Die krankhaften Aeusserungen des jeweiligen Verstimmungszustandes gehen weit über das gewöhnliche Maß hinaus und verlieren sich ins Ungeheuerliche und Abenteuerliche. Sowohl der Ausdruck des gehobenen Selbstgefühls wie der ängstlichen Selbsterniedrigung lässt sich mit dem Maßstabe des Möglichen und Fassbaren garnicht mehr messen. Es kommen Grade von Grössenwahn vor, wie man sie sonst nur in der paralytischen Seelenstörung kennt. Die Krankheit bietet in ihrem Verlauf überraschende und unvorhergesehene Wendungen. Jedenfalls sind viele Unbegreiflichkeiten und manches Widerspruchsvolle im Verlaufe der auf schwachsinniger Grundlage sich entwickelnden geistigen Störungen nur durch diese Grundlage zu erklären, und darf die verschiedene Auffassung dieser Zeichen von verschiedenen Beobachtern darin nicht irre leiten; häufig weichen gerade bei Psychosen Schwachsinniger die Erklärungen und Ansichten scheinbar weit von einander ab. Daher ist es dann auch ganz besonders schwer nach Ablauf der ersten stürmischen Erscheinungen einer hinzugetretenen frischen Psychose zu sagen, wie weit der wieder deutlicher hervortretende Schwachsinn ursprünglich oder Rest der überstandenen Schädlichkeit ist. Wichtig ist übrigens diese Unterscheidung nicht, denn die betreffende Person muss als geisteskrank fortgelten und kann für ihre Handlungen nicht verantwortlich gemacht

werden. Schwachsinnige geben nun zahllose Anlässe zu Zusammenstössen mit dem Recht und der öffentlichen Sitte, und ist es daher von hervorragender Wichtigkeit sowohl die Entwicklung wie den weitern Verlauf der Imbecillität genau zu kennen.

Wenn wir einstweilen noch ganz absehen von den besonderen anatomischen Veränderungen, die hemmend in die geistige Entwicklung eintreten können, so ist klinisch der Unterschied zu beobachten, dass dies Zurückbleiben jener höheren geistigen Gefühle deutlicher sein kann als die mangelhafte Ausbildung des Intellects. Wenn wir in diesem Zusammenhang erwähnen müssen, dass für diese Fälle der Name des moralischen Irreseins vielfach gebräuchlich ist, so geschieht das nur, um vor seiner Anwendung zu warnen; denn niemals besteht ein sittlicher Ausfall ohne Betheiligung der anderen geistigen Eigenschaften, Thatsache ist nur das Vorwiegen sittlicher Mängel. Vor allen Dingen möge man sich hüten an das Fehlen der sittlichen Gefühle gröbere anatomische Vorstellungen anzuknüpfen im Sinne örtlich umschriebener Mängel; dies würde der Weg sein, auf dem Verbrechen als einfache Ausfallserscheinungen der Gehirnthätigkeit erklärt werden. Die Moral ist aber aus der Verbindung der verschiedensten geistigen Anlagen hervorgewachsen, immer alle einzelnen Aeusserungen der geistigen Persönlichkeit durchdringend.

Aber die Unmöglichkeit, die höheren sittlichen Vorstellungen als innerstes Eigenthum für sich zu erwerben, bedingt die Unfähigkeit, ihren Werth für das Allgemeine zu verstehen. Dieser Schwachsinnige beschränkt eben alle seine Gefühle und Strebungen auf sich und seinen eigenen Vortheil. Wer geistig vollwerthig in der heutigen menschlichen Gesellschaft steht, muss jeder Zeit im Stande sein, die Gründe zu verstehen, die ihn von der rücksichtslosen Befriedigung seiner unmittelbaren selbstsüchtigen Neigungen zurückhalten sollen. Diese Fähigkeit mangelt aber dem in Rede stehenden Schwachsinnigen, trotzdem er mitten in einem Culturleben aufwächst, von dessen Segnungen er täglich reichlichen Vortheil zieht, er der in seiner Erziehung von Anfang an hingewiesen wird auf die Bedeutung von Religion und Sitte. Alle Erziehungsbemühungen, wie sie Familie und Schule anstrengen, haben keinen tieferen Einfluss, trübe Erfahrungen des späteren Lebens können darin Nichts mehr ändern. Wohl können die Gebote des Sittengesetzes eingelernt und gedächtnissmässig richtig wiederholt werden, aber sie bleiben als solche todte Vorstellungsmassen, die benützt werden als Aushängeschilder, während das Urtheilen und Handeln nur die Frage der Nützlichkeit oder Schädlichkeit ins Auge fasst.

Darum drängen sich bei diesen Schwachsinnigen auch die elementaren Triebe in krankhafter Weise bei jeder Gelegenheit vor.

Der Mangel des Mitgefühls zeigt sich schon in früher Jugend in einer Neigung Thiere zu quälen oder doch sich zu freuen, wenn solche sich in Gefahr oder in einer schmerzhaften Lage befinden. Mindestens aber besteht Gleichgültigkeit gegen das Unglück der Mitmenschen, und seien es die nächsten Angehörigen; diese Kinder zeigen keine Anhänglichkeit an ihre Eltern und Geschwister. Von grossem klinischen Interesse ist dabei besonders noch die Thatsache, dass in manchen Fällen die genannten und verwandte Erscheinungen in grossen Zeitabständen mit grösserer oder geringerer Deutlichkeit, gewissermassen periodisch auftreten; es muss hier erinnert werden an das, was früher gesagt ist über die periodischen Seelenstörungen. Auf dem Gebiete des Schwachsinns und der periodischen Geistesstörungen begegnet sich überhaupt nicht so selten die berührte moralische Verkommenheit, und werden in solchen Zuständen leichtere Vergehen und schwerere Verbrechen begangen. Schon als Kinder faul, naschhaft und lügenhaft, dadurch der Schrecken ihrer Eltern und Lehrer, verfallen jene Personen als junge Leute dem Landstreichen, begehen Diebstähle, da ihnen die Ausdauer zu geregelter Thätigkeit fehlt; unter ihnen sind geborene Verbrecher, namentlich Diebe zu finden; sie werden bald die Plage der Gemeinden und Behörden, sind unverbesserlich durch Strafen und beachten das Gesetz nur wie polizeiliche Vorschriften, deren Folgen zu vermeiden die ihnen wichtigste Aufgabe für eine Zeitlang ist, bis auch dies ihnen gleichgültig wird und sie rücksichtslos und triebartig den eigenen Begierden nachlaufen. Unbezwinglich ist dann die Neigung zur Masturbation und zur Befriedigung sexueller Triebe; diese pflegen schon in früher Jugend hervorzutreten und als maßlose Ausschweifungen später fortzudauern.

Unsittlichkeit und Rohheit, Grausamkeit und Bosheit können dann oft um so strafwürdiger erscheinen, als eine gewisse dialectische Gewandtheit und planmässiges Handeln nicht so selten sich damit verbinden, Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen fehlen. Es ist dann schwer auseinanderzusetzen, dass auch auf intellectuellem Gebiet Mängel vorliegen; und doch wird es in diesen Fällen gerade die wichtigste Aufgabe des Arztes, auch die intellectuelle Imbecillität nachzuweisen. Oft hilft uns hier eine Beobachtung, die beweist, dass der gesammte Schwachsinn als eine Hemmung in der Entwicklung des geistigen Lebens angesehen werden muss. Solche Menschen können in der Schule bis zu einem gewissen Zeitpunkte sich erstaunlich gut und auf gleicher Stufe mit ihren

Altersgenossen entwickelt haben, namentlich sich auszeichnen durch eine leichte Aneignung und Erlernung von Dingen, die gedächtnissmässig aufzufassen sind. Aufzufallen pflegt nur schon frühzeitig die Unbeständigkeit ihrer Aufmerksamkeit, eine häufige Zerstreutheit und Zerfahrenheit. Dann aber bleiben sie fast plötzlich zurück, oft zur Zeit der Pubertät, aber auch früher, können nicht mitkommen, wo es sich um selbstständige Verarbeitung des Gelernten handelt. Es ist so als ob die innere Wachsthumskraft des Gehirns mit einem Male versagt. Schon bei der Wahl, noch mehr bei der Ausübung eines eigentlichen Lebensberufes tritt dieser Mangel weiter hervor. Vielleicht reden sie mit über viele Dinge, sind aber unfähig zu einer geordneten Thätigkeit. Sie sind untaugliche, unpraktische Menschen. Diese Thatsache muss man immer wieder in das richtige Licht stellen, weil erst dann die sittlichen Mängel verständlicher werden. Stammen die Kranken aus einer Familie, die sonst nur vollsinnige tüchtige Mitglieder aufweist, so wird durch den Gegensatz die Natur des Schwachsinnes schon deutlicher zu machen sein. Ist die erbliche Belastung eine verbreitete, so wird uns Aerzten der krankhafte Zustand in solchem Zusammenhang um so klarer; aber dem Richter gegenüber muss man um so sorgfältiger die inneren Widersprüche des Handelns zeigen. Und diese sind meistens auch nachzuweisen: denn die Handlungen der Imbecillen lassen trotz scheinbarer Beweise von Schlauheit gleichzeitig oft die gewöhnlichsten Regeln der Klugheit ausser Acht. Der Hauptzweck bleibt immer die augenblickliche Befriedigung, ob die dazu aufgewendeten Mittel im Verhältniss stehen, ist ihnen gleichgültig; weil dies nun häufig nicht der Fall ist, so kann die ungenügende Begründung der für einen unbedeutenden Zweck verwandten übergrossen Mittel die schwachsinnige Denkweise des Handelnden beweisen. Ein Diebstahl wird ausgeführt, um den Gewinn in lächerlich unnützen Dingen zu verwerthen. Mit allem Aufwand von List und betrügerischer Gesinnung wird die Ausführung eines Planes angestrebt, zu der ihnen sicher von Andern jeder ehrliche Vorschub geleistet werden würde, sobald sie sich darum bemühten, bei Dingen, die sie mit ungleich grösserer Bequemlichkeit und im Einverständnisse mit ihrer Umgebung hätten zu Ende bringen können. Sucht man nun von ihnen zu erfahren, warum sie so ohne fremde Unterstützung vorgegangen sind, so wissen sie das nicht anzugeben, sie hätten so handeln müssen, es habe ihnen ja auch Niemand geholfen. Zwischen Wunsch und That schiebt sich keine längere Ueberlegung, sondern die Ausführung geht die Wege der Triebe. Zuweilen wird eine gemeingefährliche Handlung durch Nachahmungstrieb ausgelöst, oder es besteht die Neigung ähnliche

Versuche bei Andern zu unterstützen; daher nehmen Schwachsinnige gern Partei für Andere, halten zusammen, um gemeinsam die Umgebung zu belästigen, zu hintergehen oder heimtückisch zu schädigen.

Noch tiefer sinkt die geistige Leistung, wenn nicht Begierden, wie eben erörtert, triebartige Entäusserung verlangen, sondern eine einfache Vorstellung genügt, um eine daran geknüpfte weitere in eine That umzusetzen. Diese Zwangshandlung unterscheidet sich aber doch wesentlich von der des Neurasthenikers; dieser kämpft beständig gegen die immer wieder auftauchende und eine Ausführung verlangende Vorstellung an; jener Schwachsinnige ist ohne Ueberlegung und inneren Widerstreit dem Spiel seiner Vorstellungen überlassen. Freilich begleiten dunkle Gefühle diese Vorgänge, aber der Imbecille kann weder sich noch Anderen über deren Zusammenhang mit seinen Vorstellungen und Handlungen Rechenschaft geben. Wohl scheinen manche Handlungen dadurch begründet, aber die psychologische Begründung findet dabei häufig mehr im Innern des Beobachters als des Handelnden statt; z. B. Brandstiftungen von Schwachsinnigen ausgeführt: können als einzig verständlichen Grund die Befriedigung einer kleinlichen Rache bieten; dieser Zusammenhang kommt auch garnicht so selten vor, aber man muss sich hüten, ihn ohne Weiteres hineinzulegen, wenn die meistens jugendlichen Brandstifter erklärt haben, ohne Grund vorgegangen zu sein. Thatsächlich war an Feuer denken und es hervorrufen Eins, oder die kindische Lust am flackernden Feuer Grund genug es anzulegen. In andern Fällen ist das Heimweh Grund zur Brandstiftung durch einen Imbecillen; der Gedanke dadurch den Aufenthaltsort verändern zu können, genügt zur Ausführung der That; es ist dann wieder die schon erwähnte rücksichtslose Auswahl der Mittel zur Erreichung des persönlichen Zweckes, die keine Ueberlegung der sonstigen Tragweite der Handlung aufkommen lässt. Die Unmöglichkeit, höhere ethische Begriffe überhaupt zu bilden, lässt so neben der moralischen immer auch die intellectuelle Schwäche erkennen. Es ist daher neben dem Hinweis auf die Unfähigkeit, Vergehen als solche anzuerkennen — sie lieber als Dummheiten und leichtsinnige Streiche zu erklären — die Feststellung des Schwachsinnes immer zu erzielen durch den Nachweis der in irgend einer Weise hervortretenden intellectuellen Minderwerthigkeit, sei es nun einê geringe Fassungsgabe oder eine geringe Leistungsfähigkeit. Die Trägheit dieser Menschen ist Unfähigkeit; um einer Arbeit zu entgehen, werden sie Landstreicher, Strafen machen sie noch widerstrebender, und die Zahl der sogenannten Unverbesserlichen in den Strafanstalten enthält manche verkehrt behandelte Schwach-

sinnige. In Pflegeanstalten dagegen, wo ihnen entsprechend begegnet wird, können sie oft noch einigermassen brauchbare, oft sogar sehr nützliche Mitglieder werden. Aber selbst in der Anstaltszucht ist die schwachsinnige Eitelkeit, die ihnen vorspiegelt, sie leisteten besonders viel, nicht selten ein grosses Hinderniss für ihre Erziehung und den Versuch, sie der Hausordnung fügsam zu machen.

Diese Formen des Schwachsinns, einerlei ob sie sich mehr auf moralischem oder rein intellectuellem Gebiet zeigen, die auch in den verschiedensten Stärkegraden vorkommen, haben im Allgemeinen etwas Abgeschlossenes und zeigen nicht einen unaufhaltsamen Fortschritt, wenn die Jahre der körperlichen Entwicklung überwunden sind. Dass aber eine gewisse periodische Art des Verlaufs der Erscheinungen sich auf erblicher, neurasthenischer Grundlage zu erkennen gibt, erfuhren wir schon; dazu kommt nun noch die prognostisch wichtige Thatsache, dass es durch äussere zufällige Schädlichkeiten, wie eine Schädelverletzung oder eine schwere körperliche Erkrankung zu einer länger andauernden Steigerung aller Erscheinungen kommen kann, die nach Beseitigung dieser hinzutretenden Leiden wohl auch wieder verschwindet; es bietet sich dann eine scheinbare Genesung dar, wenn der ursprüngliche Schwachsinn überhaupt keinen hohen Grad hatte oder auch wohl ganz übersehen war. Etwas Aehnliches ist der Fall zur Pubertätszeit, und thut man gut, diese verhältnissmässig günstige Aussicht nicht ganz aus dem Auge zu lassen bei Stellung der Prognose; solche Steigerungen des ursprünglich geringen Schwachsinns können sich noch nach einem Jahre gänzlich verlieren.

Nachdem wir den höhern Graden der Imbecillität näher getreten sind, können die begleitenden, bezüglich ursächlichen anatomischen Veränderungen nicht mehr bei Seite gesetzt werden. Gleichzeitig müssen wir dann auch die Bezeichnung Idiotie benützen, die nicht getrennt werden darf von den durch deutliche anatomische Abweichungen begleiteten Hemmungen geistiger Entwickelung. Wir haben es also von hier an nicht mehr mit Ausgangszuständen nach Psychosen bei vorher vollsinnigen und vollwerthigen Menschen zu thun, sondern mit Störungen der geistigen und körperlichen Entwickelung, die von Geburt oder doch früher Jugend an bestehen. Die betreffenden Personen bleiben dabei mehr oder weniger weit unter dem gewöhnlichen Durchschnittsmasse zurück und können die ihrem Alter und ihren Lebensverhältnissen entsprechende Bildung und Erziehung nicht erreichen. Eine Form geistiger Entwicklungsstörung, die Taubstummheit, bleibt von unserer Betrach-

tung ausgeschlossen, weil sie klinisch ein abgeschlossenes und zu umfangreiches Gebiet umfasst, als dass eine flüchtige Heranziehung genügen würde. Ueberhaupt sind geistige Entwicklungsstörungen, die auf Sinnesmangel beruhen, also besonders auch noch die nach Blindheit auftretenden, nicht eigentlich Gegenstände psychiatrischer Untersuchung; diese Abtrennung geschieht mehr aus praktischen als wissenschaftlichen Gründen, obwohl die Störung der geistigen Entwickelung natürlich nach der besonderen Ursache auch wieder wichtige Besonderheiten darbietet; bei der Taubstummheit sind sie noch bedeutender als bei früh erworbener Blindheit, weil Gehör und Sprache für die Vermittelung geistiger Entwickelung noch unersetzlicher sind als das Auge und die Schrift.

Die mangelhafte Gehirnentwickelung, auf welcher nun **Idiotie** beruht, kann im Keim angelegt sein, in der Fötalzeit zu Stande kommen, aber am Häufigsten beginnt die Erkrankung, welche zur Idiotie führt, erst nach der Geburt in den ersten fünf Lebensjahren. Es werden unter dem Begriff Idiotie also Hemmungsbildungen vereinigt mit Zuständen, die in früher Zeit erworben werden durch krankhafte Veränderungen und Zerstörungen wichtiger Gehirntheile, weil uns sichere Kennzeichen zur Scheidung dieser verschiedenen Entstehungsweisen fehlen. Man findet dementsprechend nun auch die verschiedensten, theilweise sogar sich entgegenstehende anatomische Veränderungen bei der Idiotie. So kann als die wesentlichste Abweichung eine aussergewöhnliche Kleinheit des ganzen Gehirns, aber auch seine ausserordentliche Grösse in die Augen springen. Das letztere Verhältniss ist zwar selten, aber doch häufig genug, um nicht übersehen zu werden dürfen; es handelt sich dann zuweilen um Gehirne, die in Windungen und ganzem Bau gut ausgebildet sind, deren Träger auch in ihrer übrigen körperlichen Entwickelung kräftig und wohlgebildet erscheinen; es ist eine Erklärung dieses Zusammentreffens mit der Idiotie nicht möglich, da auch die mikroskopische Untersuchung meistens keine Mängel im feineren Bau nachzuweisen im Stande ist.

Viel häufiger und wichtiger ist dagegen die Kleinheit des Gehirns, die mit derjenigen des Schädels zusammentrifft. Dass letztere nicht immer die Ursache der ersteren ist, indem nach der gebräuchlichen Annahme eine frühzeitige Verknöcherung der Nähte durch Zurückbleiben des Schädelwachsthums auch die Ausbildung des Gehirns zurückhält, — folgt daraus, dass nicht einmal in den meisten, geschweige in allen Fällen von Mikrocephalie eine solche frühzeitige Verknöcherung vorhanden ist. Da gelegentlich mehrere, nicht alle

Kinder derselben Mutter aus einer zweifellos erblich nicht belasteten Familie Mikrocephalen sind, so ist die Vermuthung ausgesprochen, dass die Ursache der Hemmung im Schädel- und Hirnwachsthum in bestimmten mechanischen Verhältnissen zu suchen sei, wie z. B. in einer Behinderung durch die Eihäute, aber nicht im Uterus selbst, da sonst alle Kinder hätten mikrocephalisch werden müssen. Nur die bestimmte Form der Mikrocephalie beim Cretinismus scheint sicher auf eine vorzeitige Verknöcherung der Nähte am Schädelgrunde zurückgeführt werden zu müssen.

Einstweilen bleiben wir noch bei der Betrachtung der einfachen zur Idiotie führenden Mikrocephalie. In der Regel ist der Gesichtsschädel gut entwickelt, doch springen die Kiefer zuweilen stark vor; der knöcherne Hirnschädel dagegen und das Gehirn sind ausserordentlich klein, die Stirn flach. Obwohl nun die Windungen meistens in hohem Grade vereinfacht sind, so pflegen dabei die wesentlichsten Hauptfurchen doch mehr oder weniger gut ausgebildet zu sein; sehr selten sind die Windungen vollständig und vielfach nur in verkleinertem Maßstabe vorhanden. Dass in dem verkleinerten Gehirn aber auch noch zahlreiche andere Veränderungen beobachtet werden, unter denen Ungleichheiten der Hälften, das auffallende Hervortreten gewisser Furchen (Affenspalte), Hydrocephalus internus und Porencephalie zu nennen sind, lässt sich hier nur andeuten. Bei manchen Mikrocephalen ist das Gehirn noch viel kleiner, als der Schädel von Aussen erwarten lässt, wenn durch Hydrocephalus oder eine gewaltige Verdickung der Kopfknochen der Rauminhalt des Schädels auch von Innen weiter beschränkt ist.

So häufig nun eine nur theilweise Verkümmerung und Verkleinerung des Gehirns vorkommt, so ist doch nur wenig aus der Kenntniss solcher Fälle für ihr Verständniss zu gewinnen, da der klinische Verlauf nur unwesentliche Unterschiede zeigt. Im Allgemeinen lässt sich nur sagen, dass die Stirnlappen oft stärker erkrankt sind, so dass man hier an frühere Auseinandersetzungen über die Thätigkeit der Apperception denken möge; (vgl. Seite 11.) In andern Fällen sind wieder vorzugsweise die Hinterlappen verkümmert, so dass eine eigentliche Beziehung der Idiotie zu bestimmten Hirntheilen nicht vorliegt. Es gibt endlich auch örtlich begrenzte kleinere sclerotische Herde in den verschiedensten Theilen von Idiotenhirnen. Es lässt sich aber doch eine Verschiedenheit des Krankheitsbildes auffinden, je nachdem die Entwicklungshemmung mehr die unter der Schädelkapsel liegenden Theile der Hirnrinde oder die am Schädelgrunde

befindlichen Hirnabschnitte betrifft. Im ersteren Falle ist die Idiotie zwar auch eine grosse, aber die Möglichkeit der freien Entwickelung von Hirntheilen am Schädelgrunde, die die motorischen Bahnen enthalten, spricht sich darin aus, dass die Kranken sehr bewegliche Geschöpfe zu sein pflegen, sich vogelleicht bewegen und überhaupt zu wohlgeordneten Bewegungen befähigt sind; im Gegensatz dazu erscheinen die Kranken, bei denen eine Verkürzung des Schädelgrundes die in ihm liegenden Hirntheile in ihrer Ausbildung gehemmt hat, träge und unfähig zu feineren Bewegungen. Zu dieser Gruppe gehören die eigentlichen Cretinen.

Der **Cretinismus** nimmt in der Idiotie eine besondere Stellung ein, da bestimmte körperliche Begleiterscheinungen sich regelmässig bei ihm finden und seine Ausbreitung stellenweise eine endemische ist. Die Cretinen sind meistens Zwerge; obwohl der Kopf verkleinert ist, erscheint er doch verhältnissmässig gross, da er sich auf einem kleinen, untersetzten, oft noch kindlichen, vielfach auch unförmlich aufgetriebenen Leibe befindet. Die Gesichtszüge sind alt und hässlich, dabei kindisch. Dicke Lippen, wulstige Augenlider, tiefliegende Augen zwischen breiter, an der Wurzel eingedrückter Nase, gedunsene Haut des Gesichts und hochgradige Vergrösserung der Schilddrüse vervollständigen das eigenthümliche Bild. Wichtig ist diese Thatsache, dass der Cretinismus als Endemie überall von Kropf begleitet ist und in endemischer Verbreitung nur in den grossen Gebirgsstöcken und ihren Ausläufern vorkommt; so findet man ihn in tiefen Thälern der Alpen, Pyrenäen, Cordilleren und der Felsengebirge Nord-Amerikas, im Himalaya, in den Hochgebirgen Chinas, viel seltener auch in niedrigeren Gebirgszügen. Obwohl erbliche Einflüsse nicht ausgeschlossen sind, so scheint doch eine örtliche, vielleicht contagiöse Infection dazu kommen zu müssen. Dafür spricht z. B. der Umstand, dass die deutlichen Zeichen des Krankheitszustandes sich erst einige Monate nach der Geburt oder noch später einzustellen pflegen, dass auch Kinder gesunder eingewanderter Eltern dem Cretinismus verfallen können. Die Schädelverbildung ist nun eine sehr verschiedenartige, doch überwiegt die gehemmte Entwicklung des Schädelgrundes, und dementsprechend sind die Cretinen meistens träge, regungsarme Geschöpfe. Die beim Gesunden der Verknöcherung vorausgehende Wucherung der Knorpelelemente findet beim Cretinen in allen anderen Knochen auch nicht statt. Dieses vorzeitige Aufhören der Knochenbildung hemmt das Längenwachsthum; auch die einfachen Idioten erreichen die grösste Körperlänge erst verhältnissmässig spät.

Vereinzelt wird Cretinismus selten getroffen.

In ihrem ganzen Verhalten weichen die Cretinen nun so wenig von andern Idioten ab, dass die klinische Schilderung sich gleichzeitig auf beide beziehen darf. Vorher haben wir aber noch einige andere Schädlichkeiten zu berühren, die zur Entwicklung von Idiotie führen oder sie als dauernde körperliche Störungen begleiten. Kopfverletzungen, Entzündungen des Gehirns und seiner Häute in den ersten Lebensjahren gehören dahin, die ein Stehenbleiben der geistigen Entwicklung auf frühester Stufe mit sich führen, gleichzeitig aber auch in vielen körperlichen Entwicklungsfehlern zum Ausdruck gelangen; diese Entartungszeichen sind dann nicht ohne Weiteres zu unterscheiden von den Erscheinungen körperlicher Degeneration, welche schon früher im Foetalleben entstehen und daher auch eine angeborene Idiotie begleiten. Dahin gehören verschiedenartige Schädelverbiegungen, bei einem unförmlichen Wasserkopf die nach unten gedrückten und weit auseinander stehenden Augenhöhlen; Schielen, Schiefstand und Fehlen von Zähnen, kielförmiges, schmales und hohes Gaumengewölbe; Spaltbildungen im Gaumen und in den Regenbogenhäuten; Missbildungen der Genitalien, überhaupt das ganze Heer der früher beschriebenen Degenerationszeichen; auffallend sind auch die spatenähnlichen Gliedmassen.

Ohne zu vergessen, dass die Grade der Idiotie und ihrer körperlichen Begleiterscheinungen eine ganze Stufenleiter bilden, wenden wir uns nun zu ihrem klinischen Bilde, wobei die Entwickelung der intellectuellen Schwäche im frühen jugendlichen Alter von entscheidender Bedeutung ist. Wesentliche Grundlage ist von frühester Zeit an bei allen Idioten ihr Mangel an Aufmerksamkeit; völlige Unfähigkeit oder hochgradige Erschwerung der Aufmerksamkeii tritt um so stärker hervor, als begleitende Affecte, auf denen jedes Aufmerken sich aufbauen muss, nur ausserordentlich schwach ausgelöst werden; daher werden aus den sinnlichen Eindrücken überhaupt nur sehr wenige Vorstellungen gebildet, diese sind auch so flüchtig und oberflächlich, dass sie alsbald wieder schwinden. Die Verarbeitung ihrer halbsinnlichen Vorstellungen ist eine ungenügende und sie werden nicht mit andern zum wirklichen geistigen Besitz verknüpft; es fehlt an einem festen geordneten Gedankeninhalt, der die Willenstriebe bestimmt, es fehlt ferner das Verständniss für geistige Werthe, die über die dunklen Gefühle und Triebe des eigenen Innern hinausführen. Dieser Mangel an Verständniss tritt um so mehr hervor, je mehr die Sprache in ihrer Entwicklung und Ausbildung gehemmt ist; die Möglichkeit der Erziehung und

des geistigen Weiterschreitens hängt ja ganz wesentlich von der Vermittelung durch die Sprache ab. Diese ist nun sowohl in ihren äusserlichen Mitteln wie als Vorgang des innerlichen Sprechens gestört und unvollkommen, bis herab zu ihrem völligen Mangel. Selbst wo die Sprache aber ziemlich vollständig erlernt wird, beschränkt ihr Gebrauch sich gewöhnlich auf wenige Ausdrücke und Sätze. Dies liegt in der Gleichgültigkeit und dem Mangel an Interesse für äussere Vorgänge. Je mehr nun aber die Aufmerksamkeit wenigstens für einige Zeit erregt werden kann, wird auch das Sprechen fertiger und ein zunehmender Verkehr zur Aussenwelt vermittelt. Je mehr Sinne in diesen Verkehr gezogen werden, desto besser sind die Aussichten zur Fortbildung eines Idioten; daher ist es für ihren Unterricht der oberste Grundsatz, gleichzeitig mehrere Sinne in Anspruch zu nehmen und gleichzeitig Gesicht, Gehör und Gefühl anzuregen. So erklärt sich auch die besondere Schwierigkeit der Erziehung von Kindern mit Sinnenmangel. Grosse Schwierigkeiten macht die Erziehung von Idioten besonders desshalb, weil sie oft kein Verständniss oder keine Aufmerksamkeit für kindliches Spiel haben, dies mächtigste Hilfsmittel der Erziehung überhaupt.

Wo nun ein Idiot den gewöhnlichen Lehrstoff einigermassen sich angeeignet hat, da beschränkt sich der Inhalt seines geistigen Lebens doch auf einzelne Vorstellungskreise; in einzelnen Fällen werden dann einseitige Fähigkeiten und Talente in merkwürdiger Weise ausgebildet, vielfach aber auch nur triebartig und halbbewusst, wobei eine mechanische Gedächtnissarbeit wohl meistens die Hauptsache ist; daher sind Zahlenkunststücke am Häufigsten die glänzendsten Leistungen dieser Menschen.

Im Uebrigen bleibt alles höhere Streben ausgeschlossen, und knüpfen sich alle geistigen Vorgänge immer nur wieder an persönliche Empfindungen. Freude und Schmerz gehen vielfach nur von körperlichen Zuständen aus, oder sie scheinen auch, vollkommen grundlos, aus undurchschaubaren Aenderungen in den Zuständen des Gehirns unmittelbar zu entstehen. Die stehend gewordene Art dieser Gemüthsbewegungen gibt schon auf der untersten Stufe dem Einzelnen etwas Besonderes, seine eigene besondere Gemüthsart. Es stehen sich dabei zwei Arten gegenüber: einerseits ein finsteres, oft wahrhaft thierisches und äusserlich abschreckendes, plumpes Wesen, andrerseits Geschöpfe, die bei völliger geistiger Werthlosigkeit immer freundlich und heiter erscheinen, die in immer — über Nichts — lächelnden Zügen und sanften Augen den Ausdruck der Gutmüthigkeit und Herzlichkeit tragen. Diese sich entgegengesetzten Formen

der Idiotie unterscheiden sich auch nach der Leichtigkeit, mit welcher die Aufmerksamkeit angezogen und abgelenkt werden kann. Die *stumpfen Idioten* sind gewöhnlich nur schwer aus ihrem Hinbrüten aufzurütteln, wenn nicht gelegentlich ein gestörter Trieb heftige ganz unerwartete, dann unbändige Wuthausbrüche auslöst, die sich nicht selten gegen die eigene Person richten, währeud ein zorniger Imbeciller sich zu schonen pflegt. Dagegen wandert bei den *beweglichen Idioten* die Aufmerksamkeit bald hierhin bald dorthin, und auch die äusserliche Unruhe und Beweglichkeit äussert sich in Händeklatschen, zwecklosem Umherspringen, Lachen und Schreien. Auch bei ihnen werden die Bestrebungen hauptsächlich durch Triebe, wie besonders durch das *Nahrungsbedürfniss* angeregt; dieses bildet vielfach den Mittelpunkt aller geistigen Vorgänge. Auf den tiefsten Stufen der Idiotie werden ohne Auswahl alle Gegenstände in den Mund gesteckt, und daneben ist ein solches Geschöpf nicht einmal wie das Thier im Stande, sich seine Nahrung zu suchen; hülflos, unrein, ohne geistige Regung, ist es eine Masse, deren Thätigkeit sich nur auf die Befriedigung der wenigen eigenen Triebe beschränkt. Der *Geschlechtstrieb* tritt einzeln brunstartig auf, und ist auch die häufige Hemmung in der Entwicklung des Genitalapparates meistens begleitet von schwachen sexuellen Trieben.

Der Bewegungstrieb erleidet nun oft eine Einschränkung durch *motorische Störungen* der verschiedensten Art. Dahin gehören vor allen Dingen *Krämpfe*; bald sind sie beschränkt auf die Zehen, einen Arm, ein Bein, nach Art halbseitiger Athetose, oder sie sind allgemein mit den besonderen Kennzeichen der *Chorea* und *Epiglepsie*. Die letztere Krampfart ist die häufigste und darum schon wichtigste, dann aber noch um so beachtenswerther, als sie die *Prognose* sehr trüben muss. Während im Allgemeinen die Idiotie ein auf seiner anfänglichen Höhe stehen bleibendes Leiden ist, so dass ihre geringeren Grade *fortschreitende Verblödung* ausschliessen, ist diese zu befürchten, wo sich Idiotie mit Epilepsie verbindet; andrerseits aber kann man in solchen Fällen auch wieder hoffen, eine Verblödung zurückzuhalten, wo es gelingt, die Epilepsie wirkungsvoll zu bekämpfen.

Von *paralytischen Zuständen* der Glieder werden manche Idioten befallen; viele können weder stehen noch gehen, bei andern besteht Schwierigkeit, beim Gehen das Gleichgewicht zu halten. Daneben finden an den Beinen dann oft noch krampfhafte Bewegungen statt, und durch Verbindung mit *Erkrankungen des Rückenmarks* kommen mannichfache schwere Krankheitsbilder zu Stande,

wobei Schwund einzelner Muskelgruppen und Contracturen der Glieder die äussere Erscheinung der Kranken kennzeichnen. Bei schweren Graden der Idiotie fehlen solche Begleiterscheinungen, die auf schwere anatomische Erkrankung deuten, selten; aber auch in leichteren Fällen sieht man nicht nur eine kraftlose Haltung des Körpers, unsichern Gang, unbehülflichen Gebrauch der Hände, sondern auch noch manche Andeutungen spastischer und paralytischer Muskelleiden, mangelhafter Entwickelung oder Schwundes einzelner Muskeln oder einer ganzen Körperhälfte. Wo die Körperbildung eine Mißstaltung nicht aufweist, wie bei der erwähnten beweglichen erregten Form, erinnern stets fortgesetzte, schaukelnde und schwankende Bewegungen an Chorea und erweisen sich durch ihre Zwecklosigkeit auch als unmittelbar vom Hirn ausgelöste Zwangs- oder Triebbewegungen; oder sie sind Spielerei, wie z. B. Schnauben und Blasen mit dem Munde, das häufig auch noch von einförmigen singenden und murmelnden Tönen begleitet ist, die eine Art Takt angeben.

Zu motorischen Störungen gehört auch die Erschwerung des Sprechens, doch ist die Höhe der Idiotie daran nicht regelmässig zu erkennen, weil daneben ein verhältnissmässig gutes Verständniss für Gehörtes bestehen kann. Freilich zeigt der vorzugsweise Gebrauch von Infinitiven und einzelnen Interjectionen, dass ebenso oft auch eine central bedingte intellectuelle Schwäche vorliegt, als eine Behinderung des Aussprechens.

So deutlich nun neben solchen Erscheinungen die geistige Schwäche oder der gänzliche Mangel geistiger Thätigkeit sein kann, so wird die Scheidung der Idiotie von der Imbecillität schwerer, wenn die körperlichen Entwicklungsfehler schwächer angedeutet sind; es ist dann oft die Scheidung nur eine willkürliche und zeigt die geistige Schwäche auch in beiden Fällen keine wesentlichen Abweichungen. Idioten geringeren Grades können bis zu einem gewissen Grade brauchbare Glieder der Gesellschaft sein, insofern sie eine eingelernte, gewohnte Beschäftigung gut verrichten, weil sie ihr die ganze Aufmerksamkeit zuwenden und sich von ihr nicht so leicht ablenken lassen; im Gegensatz dazu fehlt einem Imbecillen oft die Andauer und Arbeitslust; aber jene Leistung des Idioten ist maschinenmässig, eine selbstständige Abänderung findet nicht statt, eigene Gedanken kommen nicht hinzu. Kein zielvolles Streben ist vorhanden, es fehlt die Fähigkeit, das Erlernte in selbstständiger Weise anzuwenden, und der Stillstand auf einer gewissen mühsam erreichten Entwicklungsstufe ist ein vollkommener; diese Grenze bildet mindestens die Pubertät, wenn sie nicht schon früher erreicht wird. Das bis dahin Erreichte ist dann nichts Anderes als Dressur.

Da es nicht unsere Aufgabe sein kann, das umfangreiche Gebiet der Idiotie erschöpfend zu behandeln, — sie bildet einen praktisch wichtigen, in sich abgeschlossenen Wissenschaftszweig und kann in der Psychiatrie nur berücksichtigt werden, soweit sie die dieser eigenthümlichen psychischen Störungen beleuchten, abgrenzen und erklären kann — so mögen die gegebenen Andeutungen genügen. Von diesem Gesichtspunkte aus muss aber die Hauptbedeutung der vorstehenden Auseinandersetzungen darin gesucht werden, dass sie zeigen, wie wegen der betonten klinischen Aehnlichkeit der Zeichen des Schwachsinns nach andern Psychosen mit solchen der angeborenen oder früh erworbenen Idiotie, diese beiden Formen schwer zu unterscheiden sind. Wichtiger ist aber die Abgrenzung aller dieser auf einer gewissen Stufe stehen bleibenden Schwachsinnsformen gegenüber den geistigen Schwächezuständen, die zur fortschreitenden Verblödung neigen und die wir bei früheren Gruppen geistiger Störungen genauer kennen gelernt baben. Doch ist über die Prognose der Imbecillität und Idiotie wenig mehr zu sagen, als dass sie für die Heilung ganz ungünstig sind, und eine Besserung nur auf pädagogischem Wege erzielt werden kann. In den höheren Graden der Idiotie sind die Kranken durch die eigene Unfähigkeit, sich schädlichen Einflüssen zu entziehen, manchen Schädlichkeiten ausgesetzt, die ihr Leben verkürzen; Verletzungen, Verdauungsstörungen und besonders Lungenschwindsucht gehören dahin.

Die Behandlung jugendlicher Idioten, soweit sie eine erziehende sein kann, wird der Arzt immer anrathen und daher frühzeitige Versetzung in eine Idiotenanstalt unterstützen. Bei älteren Idioten und den andern Formen des in diesem Abschnitt geschilderten Schwachsinns beschränkt sich die Behandlung auf die einzelnen Erscheinungen und richtet sich dabei nach den allgemeinen bekannten Regeln. Den mehrfach angedeuteten Unterschied zwischen Imbecillen und Idioten, der auf dem verschieden hohen Grade ihrer Fähigkeit zur Aufmerksamkeit beruht, kann man zuweilen in der Behandlung verwerthen. Den unaufmerksamen Imbecillen kann man durch kleine Schmeicheleien sowie durch kleine Belohnungen fesseln, andrerseits durch strammes Anhalten zu angespannterer Thätigkeit veranlassen; bei einem Idioten höheren Grades nützen solche Mittel nichts mehr. Es lässt sich auch der neuerdings verlangten strengeren Behandlung Imbeciller ihre praktische Berechtigung nicht absprechen; Strafen halten sie meistens leicht im Zaum, da sie furchtsam sind, nur muss man die Vorsicht gebrauchen, sie allein mit ihnen vorzunehmen, da die Gegenwart Anderer beim Ausschelten, der Entziehung von Spei-

sen oder kleiner Genussmittel, sie verleitet, sich als Märtyrer aufzuspielen, und ihnen dadurch Befriedigung bei fortgesetztem Widerstand bietet. Daher ist eine Isolirung für einige Stunden häufig das einfachste Mittel, einen Imbecillen fügsam zu machen. Sonst ist aber beständige Aufsicht die erste Regel, da allein gelassene Imbecille gern ihre Kleider zerreissen, wenn sie zornig werden, oder wohl gar anfangen zu schmieren, nur um ihr Wartpersonal zu ärgern, indem sie ihm Last und Mühe machen.

Unsere gemeinsame Beschreibung der Imbecillität und Idiotie hat uns nun wohl weit auseinandergehende Zustände an beiden Enden der ganzen Reihe kennen gelehrt, doch war sie nicht im Stande, den in ihrer Mitte sich berührenden zweifellose Unterschiede zuzuweisen. Aus diesem Grunde scheint es auf unserem Gebiete auch nicht völlig durchführbar einen durchgreifenden Unterschied für die Behandlung zu fordern, wie er durch eine eigenthümliche Trennung jener beiden Formen des Schwachsinns bei jugendlichen Individuen in Frankreich kürzlich aufgestellt worden ist; man hat gesagt, der Imbecille stehe durch seine selbstsüchtigen, boshaften, gemeingefährlichen und unlenksamen Triebe und Handlungen in vollem Gegensatz zu den gemeinsamen Interessen der menschlichen Gesellschaft, während der geistig nur unvollkommen entwickelte, aber gutmüthige, darum doch noch bis zu einem gewissen Grade erziehungsfähige Idiot der Gesellschaft unschädlich sei, überhaupt ganz ausserhalb ihr stehe. Daher solle man den antisocialen Imbecillen in Besserungsanstalten, den extrasocialen Idioten in Krankenhäuser bringen. Abgesehen davon, dass wir in Deutschland dazu zur Zeit Besserungsanstalten nicht in genügender Zahl besitzen, scheint die Schwierigkeit zu gross, den einzelnen Fall nach jenem Grundsatz zu beurtheilen, besonders weil die Grenzzustände sehr zahlreich sind.

Ein solcher Unterschied würde aber auch von einschneidendster Bedeutung für die gerichtliche Beurtheilung werden und Aenderungen des Strafgesetzes bedingen. Die grosse praktische Wichtigkeit der Beurtheilung des Schwachsinnes vor Gericht wird man leicht verstehen; indessen ist die Abhandlung der forensischen Psychiatrie in diesem Lehrbuch überhaupt nicht beabsichtigt, so dass hier nur verwiesen werden kann auf die Lehrbücher der gerichtlichen Psychopathologie.

Gesichtstafel X.

Gesichtstafel X.

Schwachsinn.

Bei dem ersten Bilde handelt es sich um erworbenen Schwachsinn, nach einer einfachen geistigen Störung auf rüstiger Gehirngrundlage entstanden. Das Bild der etwas höhnisch lächelnden, periodisch sehr geschwätzigen Alten, fordert kaum eine Auseinandersetzung; die Runzelung der Augenbrauen ist zum Theil wahrscheinlich bedingt durch eine etwas zu grelle Beleuchtung.

Die Frau rechts leidet an angeborenem Schwachsinn, Imbecillität. Wegen heftiger ängstlicher Erregung kam sie in die Anstalt; jetzt ist sie meistens freundlich und zufrieden. Das gutmüthige Lächeln gibt dem sonst abstossenden Gesicht etwas Anziehendes trotz seiner Pockennarben und breitgewulsteten Lippen, zwischen denen schlechte Zähne hervortreten.

Ein besonderes Interesse verdient das Bild des jungen Mannes links, da es einige Zeichen bietet, die von neueren Forschern als das moralische Irresein kennzeichnend angesehen worden sind. Obwohl ich diese psychische Störung nur als eine Schwachsinnsform ansehe, scheint sie mir doch besonders beachtenswerth wegen ihrer zahlreichen klinischen Eigenthümlichkeiten. Das Bild zeigt den geborenen Verbrecher; unehelich geboren fing er früh an zu stehlen unter Leitung seiner Mutter, las beständig Räuber- und Diebsgeschichten, erging sich darüber gern in poetisch angehauchten, lang ausgesponnenen Abhandlungen, die den Schwachsinn in manchen Punkten erwiesen. Dabei war er in gewisser Weise aber ausserordentlich schlau beim Stehlen, doch auch dummdreist. Freches Gebahren im Strafgefängniss brachte ihn, als schliesslich krank erkannt, in die Anstalt, wo er weiter log und stahl. Man wird nicht einräumen, dass er ein „Mörderauge" habe, wie er selbst mit Vorliebe behauptet; aber der Gesammteindruck des überlegen lächelnden Gauners wird durch folgende Einzelheiten vermehrt, die eben als bezeichnend angesehen werden: spärlicher Bartwuchs bei dichtem krausen Haupthaar; starke Kinnlade, kurze Oberlippe, stumpfe Nase. Der Schwachsinn ist sonst nicht gleich so augenfällig.

Der junge Mann rechts ist schwachsinniger Idiot mässigen Grades von Jugend auf. Das Ueberwiegen des Gesichtsschädels gegenüber dem Hirnschädel, die eingedrückte Nase, das breite schwachsinnige Lächeln lassen auch ohne gröbere Schädelverbiegungen und Entartungszeichen den Idioten erkennen. Wie weit der Aufbau des Knochengerüstes die Form des Gesichtes bedingt, ist hier nicht zu erörtern, wo es sich nur um den mimischen Ausdruck handelt.











Register.

Folgende sinnstörende Druckfehler bitte ich vor dem Lesen des Buches zu ändern:

Seite	77	Zeile	6	von	unten	kund	statt	uknd
„	79	„	7	„	„	nach	„	noch
„	219	„	21	„	oben	des	„	das
„	234	„	1	„	„	Geisteskranken	„	Kranke
„	277	„	8	„	„	zurückzulassen	„	gelassen
„	416	„	2	„	„	Silbenstolpern	„	Silberstolpern
„	423	„	4	„	unten	hinter Schrifttafel ist eine IV einzufügen		
„	428	„	3	„	oben	Sehnenreflexe	statt	Sehenreflexe
„	433	„	8	„	„	des	„	der
„	456	„	11	„	unten	immer	„	mmer
„	467	„	2	„	„	„sich“ muss in Zeile 3 v. U. hinter die stehn		
„	476	„	7	„	„	habe	statt	hätte
„	491	„	12	„	oben	denen	„	der
„	499	„	10/11	„	unten	Neu-rasthenie	„	Neur-asthenie
„	500	„	14/15	„	oben	derselbe Fehler		
„	505	„	10/11	„	„	derselbe Fehler		
„	506	„	18	„	unten	vorkommen	„	vorkommt
„	513	„	5	„	oben	Spannung	„	Spanung
„	514	„	8	„	„	Zustände	„	Zuttände
„	515	„	1	„	unten	ernstem	„	erstem
„	526	„	21	„	oben	betroffen	„	betreffen
„	543	„	6	„	„	während	„	wähhrend











